

## Descriptif de votre programme ou de votre activité ETP pour patients de type 2

- Vous intervenez dans un programme d'ETP autorisé par l'ARS  
 Vous avez une activité d'ETP individuelle ou collective (hors prog., ex : protocole ASALEE)  
 Vous êtes impliqué(e) dans un programme d'ETP en cours de construction

<b>NOM, Prénom</b> Mail N° téléphone	
<b>Structure ou l'activité ETP est exercée :</b> dénomination, lieu, tél.	
<b>DEBUT d'activité (Année, ± mois)</b>	
<b>Vous intervenez dans un programme d'ETP autorisé par l'ARS ou êtes impliqué(e) dans un programme d'ETP en cours de construction</b>	
<b>NOM du coordonnateur</b> + Tél et mail si différent	
<b>PUBLIC</b>	<b>Patients adultes ayant un diabète de type 2</b> <i>Si spécificité de votre public cible, à préciser :</i>
<b>Format du programme</b> <i>Diagnostic éducatif, nb de séances collectives, sur 1 journée, 2 demi-journées, série d'ateliers ...</i>	
<b>Vous avez une activité d'ETP individuelle ou collective (hors prog., ex : protocole ASALEE)</b>	
<b>Nbre de patients pris en charge</b>	
<b>DEROULEMENT de votre action avec ces patients</b> <i>Thèmes, organisation, fréquence, durée</i>	
<b>Vous arrive-t-il de regrouper plusieurs patients, pour en atelier ?</b>	

**Merci.**