

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

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

Merci.