

# Les objectifs thérapeutiques

Médecin traitant : \_\_\_\_\_

N° patient : \_\_\_\_\_

## Valeurs cibles

---

Poids : \_\_\_\_\_

IMC : \_\_\_\_\_

La pression artérielle PAS \_\_\_\_\_

PAD \_\_\_\_\_

L' HbA1c : \_\_\_\_\_

Cholestérol LDL \_\_\_\_\_

HDL \_\_\_\_\_

## Objectifs négociés

---

**Reprendre une activité physique**

**préciser :** \_\_\_\_\_

**Equilibrer sa diététique**

**préciser :** \_\_\_\_\_

Diminuer le sel dans l'alimentation

\_\_\_\_\_

Diminuer les graisses dans l'alimentation

\_\_\_\_\_

Mettre en place une alimentation équilibrée

\_\_\_\_\_

**Mettre en place l'aide au sevrage tabagique**

**préciser :** \_\_\_\_\_

**Réduire la consommation d'alcool**

**préciser :** \_\_\_\_\_

**Mieux connaître sa maladie**

**préciser :** \_\_\_\_\_

Expliquer le lien entre les FDRCV et les complications

\_\_\_\_\_

**Mieux gérer sa maladie**

**préciser :** \_\_\_\_\_

Reconnaître ses propres signes d'alerte

\_\_\_\_\_

Réaliser et interpréter les auto-mesures

\_\_\_\_\_

Utiliser les traitements d'urgence

\_\_\_\_\_

Expliquer le lien entre la maladie et le traitement

\_\_\_\_\_

Préparer et répartir son traitement

\_\_\_\_\_

---

Signature médecin traitant

Signature patient

Date :

# Démarches à l'issue de la consultation

Médecin traitant : \_\_\_\_\_

N° patient : \_\_\_\_\_

## Démarches proposées

---

Accompagnement par une IDE libérale

Accompagnement par une diététicienne libérale

Consultation anti-tabac

Prise en charge par la structure éducoeur

précisez : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Autres

précisez : \_\_\_\_\_

## Prescriptions

---

### *Copies des prescriptions*

Traitement antérieur modifié oui

non

Examens complémentaires demandés oui

non

Les quels :

\_\_\_\_\_

Date : \_\_/\_\_/\_\_

\_\_\_\_\_

Date : \_\_/\_\_/\_\_

\_\_\_\_\_

Date : \_\_/\_\_/\_\_

Consultations spécialisées demandées oui

non

Les quelles :

\_\_\_\_\_

Date : \_\_/\_\_/\_\_

\_\_\_\_\_

Date : \_\_/\_\_/\_\_

\_\_\_\_\_

Date : \_\_/\_\_/\_\_

Hospitalisations demandées oui

non

Les quelles :

\_\_\_\_\_

Date : \_\_/\_\_/\_\_

Autres oui

non

Précisez :