

## FICHE D'INCLUSION

Date du jour : .....

### Coordonnées du patient

Nom : ..... Prénom : .....

Date de naissance : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Adresse : .....

CP : ..... Ville : .....

Téléphone : .....

Mail : .....

### Professionnel de santé qui inclut le patient

Je soussigné(e),

Tampon

Propose à mon patient de suivre le programme  
d'Education Thérapeutique proposé par REDOM\*

Signature

### Médecin traitant s'il n'a pas inclus de patient

Je soussigné(e),

Tampon

- ne m'oppose pas à ce que mon patient  
suive le programme d'ETP proposé par REDOM\*
- m'oppose à ce que mon patient suive le  
programme d'ETP proposé par REDOM

Signature

