



FICHE DE LIAISON

A TRANSMETTRE APRES CHAQUE CONSULTATION PAR FAX : 02 92 372 173

Ne pas oublier de faire signer et signer vous-même le PPS au début de chaque année de PEC

Merci de noter le nom du Médecin et le nom du patient : il nous sera plus facile de retrouver le dossier une fois la fiche de liaison faxée

nom du médecin RP974	
nom du médecin traitant habituel	
nom & prénom du patient	
date de naissance / sexe	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
pooids à l'inclusion	taille à l'inclusion
adresse + CP	
numéro de sécurité sociale	
régime assurance maladie	

Plan Personnalisé de Santé 1ère année à signer en début de prise en charge (bas de page)

Pratique d'une activité sportive en dehors de l'école OUI NON
 Participation demandée aux ATELIERS ACTIVITE PHYSIQUE OUI NON
 Participation demandée aux ATELIERS ALIMENTATION OUI NON

CONSULTATIONS 1ère ANNEE : entre 8 et 10 consultations
 1 CS par mois pendant 6 mois, puis toutes les 6 semaines
 synthèse à 1 an quel que soit le nombre de consultations
 possibilité de suivi diét et/ou psy après consult. suivi n°4

consultations 1ère année	date	signature du patient	signature du médecin	prochain RDV
première consultation				
consultation de suivi n° 1	1 mois après			
consultation de suivi n° 2	1 mois après			
consultation de suivi n° 3	1 mois après			
consultation de suivi n° 4	1 mois après			
consultation de suivi n° 5	1 mois après			
consultation de suivi n° 6	6 à 8 sem. après			
consultation de suivi n° 7	6 à 8 sem. après			
consultation de suivi n° 8	6 à 8 sem. après			
consultation de synthèse à 1 an	1 an après intégration			

prise en charge psychologique OUI demandée le signature médecin
 prise en charge diététique OUI demandée le signature patient
 bilan hospitalier OUI demandé le

nom du médecin	nom patient			
Plan Personnalisé de Santé 2ème année à signer en début de 2ème année				
Demande atelier ALIMENTATION <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	demande ateliers ACTIVITE PHYSIQUE <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON pratique activité sportive hors école <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON			
CONSULTATIONS 2ème ANNEE : entre 4 et 6 consultations (soit 1 CS tous les 2 à 3 mois) synthèse à 1 an quel que soit le nombre de consultations				
consultations 2ème année	date	signature du patient	signature du médecin	prochain RDV
consultation de suivi n° 1				
consultation de suivi n° 2				
consultation de suivi n° 3				
consultation de suivi n° 4				
consultation de suivi n° 5				
bilan 2ème année (1 an après)				
prise en charge psychologique <input type="radio"/> OUI demandée le	si pas de prise en charge antérieure			
prise en charge diététique <input type="radio"/> OUI demandée le	si pas de prise en charge antérieure			
bilan hospitalier <input type="radio"/> OUI demandé le				
signature médecin	signature patient			

Plan Personnalisé de Santé 3ème année à signer en début de 3ème année

Demande atelier ALIMENTATION OUI NON
 Participation demandée aux ATELIERS ACTIVITE PHYSIQUE OUI NON
 Participation demandée aux ATELIERS ALIMENTATION OUI NON

CONSULTATIONS 3ème ANNEE : 4 consultations (soit 1 CS tous les 3 mois)
 synthèse à 1 an quel que soit le nombre de consultations

consultations 3ème année	date	signature du patient	signature du médecin	prochain RDV
consultation de suivi n° 1				
consultation de suivi n° 2				
consultation de suivi n° 3				
bilan 3ème année (1 an après)				

prise en charge psychologique OUI demandée le si pas de prise en charge antérieure
 prise en charge diététique OUI demandée le si pas de prise en charge antérieure
 bilan hospitalier OUI demandé le

signature médecin signature patient