

Fiche d'inclusion / prescription

Programme d'Education Thérapeutique BPCO – ARAIRLOR

**Patient**

Nom – Prénom.....

Date de naissance ...../...../.....

Adresse.....

CP..... Ville.....

Adresse électronique.....

Tél fixe..... Tél Mobile.....

**Médecin Traitant**

Nom – Prénom.....

Adresse.....

CP..... Ville.....

Adresse électronique.....

Tél fixe..... Tél Mobile.....

**Médecin Prescripteur**

Nom – Prénom.....

Adresse.....

CP..... Ville.....

Adresse électronique.....

Tél fixe..... Tél Mobile.....

Date ...../...../.....

Pièces à fournir

Cachet et/ou Signature

- Courrier médical
- Synthèse du diagnostic éducatif
- Synthèse des acquis ETP