

Bulletin d'inscription « **EQUILIBRE PONDERAL** »

CARAMEL organisme financé par l'Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie et l'Agence Régionale de l'Hospitalisation, qui accompagne les personnes diabétiques depuis 2002, propose également un soutien aux personnes souffrant d'obésité. 5 objectifs ont été définis :

- améliorer la qualité de vie
- favoriser l'équilibre pondéral
- prévenir l'apparition du diabète ou de complications telles que les maladies cardio-vasculaires
- favoriser l'équilibre alimentaire
- favoriser l'activité physique

Guidé(e) par votre médecin traitant, vous pouvez participer à :

- **des ateliers culinaires**
- **des groupes de remise en forme**
- **des groupes de parole**
- **des ateliers d'art thérapie**

ouverts également à votre entourage proche, après un bilan individuel de vos besoins.

Critères d'accès

A remplir avec l'aide de votre médecin généraliste ou soignant contact

Indice de masse corporelle \geq 30

Cachet du soignant contact

Cachet du médecin traitant
Prénom, NOM & commune.

Oui, je souhaite m'inscrire et bénéficier de ces services

Merci d'écrire lisiblement.

Prénom -NOM : _____

Date de Naissance : ____/____/____ [Âge en 201____]

Adresse : _____

Code postal & commune : _____

Numéros de téléphones ① Fixe _____ ② Portable _____

@ : _____

N°sécurité sociale : __|__|__|__|__|__| |__| Ne pas oublier la clé.

Possibilité de se déplacer en voiture/transport en commun ou de se faire véhiculer ? Oui Non

Je souhaite recevoir les programmes de :

Bourges Vierzon St Amand Montrond

Date : ____/____/____/ Signature : _____

Ces informations, nécessaires à la gestion interne et à l'évaluation des activités de CARAMEL, font l'objet d'un traitement informatisé. Elles peuvent être communiquées sur demande aux organismes tutélaires (Assurance maladie / ARS). Conformément à la loi « Informatique et Libertés » du 6 janvier 1978, vous bénéficiez d'un droit de regard et de rectification aux informations qui vous concernent. Pour exercer ce droit et obtenir communication des informations vous concernant, vous pouvez vous adresser par courrier au « coordonnateur médical » de l'association.

A remplir avec l'aide de votre médecin traitant

EN MA QUALITÉ DE MEMBRE :

- Je dispose d'un dossier de suivi remis par un intervenant de CARAMEL, lors de ma première réunion. Je l'apporterai à chaque réunion et m'appliquerai à atteindre les objectifs fixés en commun
- Je suis libre de quitter le réseau à tout moment, et m'engage à informer le secrétariat de mon départ

Ateliers diététiques

- **Ateliers culinaires** (Préparation de repas)
- **Ateliers de base n°1** : « J'équilibre mes repas au quotidien »
- **Ateliers de base n°2** : « Je mange mieux en mangeant moins gras »
- **Autres ateliers à thèmes ...**
- **Suggestion d'ateliers :**

Participation du conjoint ou d'un autre membre de la famille?

Groupes de remise en forme « Oser bouger »

Joindre un certificat médical d'aptitude à la remise en forme (gymnastique douce, marche à pied, piscine et danse)

Handicaps éventuels :

Épreuve d'effort de moins de 2 ans si terrain à risque ?

Épreuve d'effort prévue

Fréquence cardiaque de réentraînement cible (déterminée par VO2max ou calculée à partir FMT : 0.5 à 0.7 x (220-âge)) :

Participation du conjoint ?

(Joindre certificat médical d'aptitude à la remise en forme)

Oui Non

 ___ /mn

Aide psychologique

Groupe de parole

Le réseau vous invite à venir partager vos inquiétudes et vos questions avec d'autres personnes au cours de groupes de parole animés par des psychologues

Soutien individuel

Art thérapie : arts plastiques et expression corporelle

A RETOURNER AU SECRETARIAT