

Bilan Educatif Partagé (BEP)

Nom du professionnel de santé:

Date	Nom et prénom de l'utilisateur	Entretien*	Médecin traitant	Signature de l'utilisateur
		BEP Initial BEP Suivi		
		BEP Initial BEP Suivi		
		BEP Initial BEP Suivi		
		BEP Initial BEP Suivi		
		BEP Initial BEP Suivi		
		BEP Initial BEP Suivi		
		BEP Initial BEP Suivi		
		BEP Initial BEP Suivi		
		BEP Initial BEP Suivi		
		BEP Initial BEP Suivi		
		BEP Initial BEP Suivi		

Signature et cachet du professionnel ayant réalisé le BEP

RESERVE AU RESEAU

Reçu le :
Validé le :

* Renseigner en entourant le statut de l'entretien.

Merci de retourner une copie des synthèses des BEP avec cette feuille d'émargement.