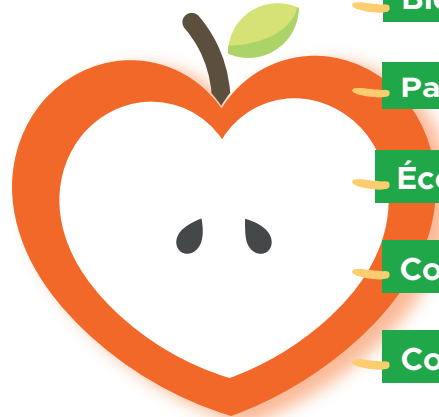


# Nos valeurs



- Empathie
- Bienveillance
- Partage
- Écoute
- Convivialité
- Confiance

## Notre équipe

Infirmière - Diététicienne - Psychologue -  
Podologue - Professeur d'activité  
physique adaptée - Patient partenaire



Design : Agence Bonboy - Ne pas jeter sur la voie publique.

Pour plus d'informations, je contacte :

LE CENTRE D'ÉDUCATION  
THÉRAPEUTIQUE



05 56 92 34 83

contact@maisonnutrition33.fr

www.maisonnutrition33.com

84 bis avenue Thiers  
33100 BORDEAUX

Tram A - Arrêt Jardin Botanique



**Notre équipe se déplace** dans  
d'autres villes en Gironde.  
Adhésion à l'association sous  
certaines conditions.



ou je scanne le QR Code  
pour accéder directement  
au site internet



Diabète

Surpoids Obésité



Maladies  
cardiovasculaires



**Je suis concerné(e)...**

Une personne de mon entourage  
est concernée...

**Et je me pose des questions**

sur ce que va être la vie au quotidien  
avec la maladie.

Pourquoi moi ?  
C'est quoi cette maladie ?  
Est-ce que je vais guérir ?

Que vais-je pouvoir manger ?  
Qu'est-ce que je vais devenir ?  
Comment va réagir mon entourage ?

Qu'est-ce que je dois surveiller ?  
Pourquoi pratiquer de l'activité physique ?  
On m'a dit que j'aurai des complications !

## À quoi servent ces ateliers ...

- ♥ À mieux **connaître** ma maladie
- ♥ À **comprendre** comment agit mon traitement
- ♥ À **équilibrer mon alimentation**
- ♥ À **surveiller l'évolution** de ma maladie
- ♥ À **reconnaître et gérer** les hypoglycémies et hyperglycémies
- ♥ À **prendre soin de moi**
- ♥ À **améliorer mon quotidien**
- ♥ À **être mieux compris(e)** par mon entourage
- ♥ À **me sentir moins seul(e)**
- ♥ À avoir plus **confiance en moi**
- ♥ À **pratiquer une activité physique adaptée** (marche, gymnastique, aquagym)



## Comment cela se passe ?

- **1. Je prends rendez-vous** pour un entretien individuel gratuit avec un professionnel de santé de l'association pour lui parler de mes besoins et difficultés.
- **2. Je participe à des ateliers gratuits\*** dans les locaux de l'association à Bordeaux ou dans une autre ville et/ou en visioconférence.
- **3. Je bénéficie de suivis réguliers** pour faire face à mes difficultés.
- **4. Avec mon accord, mon médecin traitant est informé de ma participation.**



Afin de ne pas rester sans réponse, je participe à des ateliers pour **apprendre à mieux vivre avec ma maladie.**



\*Une participation de 7€ sera demandée pour la journée «Mise en pratique» (achat des aliments).