



CONSULTATION DE PREVENTION ET TRAITEMENT DE L'OBESITE

Rue St-Martin 3 - 1003 Lausanne

Tél : 021 314 45 20 – Fax : 021 314 45 25

E-mail : edm.desk.obe@chuv.ch

DEMANDE DE CONSULTATION AMBULATOIRE SPECIALISEE

Date de la demande :

Coordonnées du patient :

(Nom / Prénom / Date de naissance

Adresse / NPA / Lieu / Numéros de téléphone)

Coordonnées du médecin :

Timbre et visa du médecin prescripteur :

Patient suivi à mon cabinet depuis :

Demande émanant :

- du patient du médecin et du patient
 du médecin

Types de demande :

- chirurgie bariatrique
 prise en charge non chirurgicale

Avis du médecin traitant :

- favorable peu favorable

Connaissance en français :

- bonne moyenne
 besoin d'un traducteur. Langue : _____

Poids et Taille mesurés

_____ kg _____ cm

BMI

_____ kg/m²

Evolution pondérale cette dernière année

- stable prise de poids perte de poids

Diagnostic évoqué

- trouble du comportement alimentaire
 accès hyperphagiques
 grignotages
 indéterminés



Comorbidités associées, antécédents somatiques et psychologiques :

Traitements médicamenteux :

Thérapies conservatrices effectuées au cours des 2 dernières années

(joindre les rapports si existants svp)

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> suivi nutritionnel (diététicien-médecin) | <input type="checkbox"/> régimes auto-prescrits |
| <input type="checkbox"/> thérapie comportementale | <input type="checkbox"/> programme d'exercice physique |
| <input type="checkbox"/> traitement médicamenteux | <input type="checkbox"/> autres : _____ |
| <input type="checkbox"/> Orlistat <input type="checkbox"/> Fluoxétine | _____ |

Impact du poids sur la vie quotidienne

- pas d'impact
- légèrement handicapant
- handicapant avec impact sur la vie professionnel
- arrêt de travail

Contexte Psycho-social :

- | | | |
|------------------------------------|--|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> curatelle | <input type="checkbox"/> isolement social | <input type="checkbox"/> chômage/AI |
| <input type="checkbox"/> CMS | <input type="checkbox"/> service sociaux/SPJ | |

- suivi psychologique ou psychiatrique

Nom du psychologue/psychiatre :

- antécédent d'hospitalisation en milieu psychiatrique

Remarque :

Veuillez svp joindre les derniers rapports de bilans sanguins, OGD, ECG et examen pneumologique, ainsi que le bon de délégation du médecin pour les assurés qui ont la formule « médecin de famille »