



Demande de consultation ambulatoire spécialisée de prévention et de traitement de l'obésité

Date de la demande : _____ Coordonnées du médecin : _____

Je souhaite que le/la patient-e soit vu en consultation :

Mme M. Indéterminé

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

NPA, Lieu :

Tél. mobile :

Tél. fixe :

Modalités de prise en charge

Notre unité propose une prise en charge des patients souffrant d'excès pondéral à partir d'un IMC ≥ 28 kg/m².

Nous proposons une évaluation multidisciplinaire coordonnées (médecin, psychologue, diététicienne, infirmière) afin de définir des objectifs thérapeutiques.

Le suivi des patients **opérés d'une chirurgie bariatrique** doit se faire par l'équipe multidisciplinaire qui a opéré sauf demande spécifique liée à un avis d'expert (lien pour formulaire spécifique).

Types de demande :

Prise en charge non chirurgicale, traitement médicamenteux

Chirurgie bariatrique / métabolique

A déterminer

Poids kg Taille cm **BMI** **kg/m²** (critère obligatoire)

Si besoin d'un traducteur : Langue :

Maladies associées à l'excès pondéral

Diabète type II	OUI	NON
Hypertension artérielle	OUI	NON
Dyslipidémie	OUI	NON
Syndrome des apnées du sommeil	OUI	NON
Atteinte hépatique (stéatose, cirrhose)	OUI	NON
Maladie cardiaque	OUI	NON
Insuffisance rénale	OUI	NON
Si oui, projet de greffe rénale	OUI	NON
Atteintes articulaires	OUI	NON
Si oui, projet de prothèse	OUI	NON



Comorbidités somatiques :

Comorbidités psychiatriques/ addictologie :

Traitement médicamenteux :

Suivi psychologique ou psychiatrique : OUI NON

Nom du psychologue / psychiatre :

Pour les femmes :

Infertilité OUI NON

Projet de grossesse OUI NON

Grossesse actuelle OUI NON

Si oui : Date terme prévu