

ORIENTEZ VERS LA FILIÈRE ADAPTÉE

<input type="checkbox"/> PARCOURS OBÉSITÉ <i>Programme de soins pluridisciplinaires</i>	<input type="checkbox"/> OBÉSITÉ & CHIRURGIE <i>Pré et Post Chirurgie Bariatrique</i>	<input type="checkbox"/> DIABÈTE DÉSÉQUILBRÉ <i>Programme de soins pluridisciplinaires</i>
--	--	---

Pacours HDJ adapté à la situation médicale, en 2-3 demi-journées par semaine sur 4 à 6 semaines

PATIENT & MÉDECIN TRAITANT

PATIENT		MÉDECIN TRAITANT	
Nom — Prénom		Nom — Prénom	
Date de naissance		Adresse / Cabinet	
Adresse		Téléphone	
Téléphone		Messagerie sécurisée	

À COMPLÉTER AVEC LE MÉDECIN TRAITANT OU SPÉCIALISTE

Poids (kg)		Taille (cm)		Motif / Objectif particulier (facultatif)	
------------	--	-------------	--	---	--

Antécédents	
Traitements en cours	

EXAMENS COMPLÉMENTAIRES DISPONIBLES

Cochez les bilans dont vous disposez — joindre le compte rendu si possible :

<input type="checkbox"/> Bilan biologique (< 6 mois OBLIGATOIRE) <input type="checkbox"/> CR joint <input type="checkbox"/> Bilan cardiologique (< 1 an) <input type="checkbox"/> CR joint <input type="checkbox"/> Bilan respiratoire (EFR / polygraphie / PSG) <input type="checkbox"/> CR joint <input type="checkbox"/> Bilan rhumatologique <input type="checkbox"/> CR joint <input type="checkbox"/> Bilan hépato-gastroentérologique <input type="checkbox"/> CR joint	<input type="checkbox"/> Bilan psychiatrique / psychologique <input type="checkbox"/> CR joint <input type="checkbox"/> Doppler artériel cervical <input type="checkbox"/> CR joint <input type="checkbox"/> Doppler artériel membres inférieurs <input type="checkbox"/> CR joint <input type="checkbox"/> Fond d'œil/bilan ophtalmologique: <input type="checkbox"/> CR joint <input type="checkbox"/> Autre(s) — préciser : <input type="checkbox"/> CR joint
---	---

Date : ____ / ____ / _____ Signature du médecin : _____ Cachet du médecin