**DEMANDE DE CONSULTATION SPECIALISEE**

Date de la demande 

**COORDONNES DU PATIENT COORDONNES DU MEDECIN**

Nom  Signature et tampon du médecin

Prénom 

Téléphone 1 

Téléphone 2 

Email  Patient suivi à mon cabinet depuis 

Demande émanant [ ]  du patient [ ]  du médecin [ ]  des deux

Projet médical [ ]  prise en charge non chirurgicale [ ]  chirurgie bariatrique

Avis du médecin traitant [ ]  favorable [ ]  peu favorable

Expression en français [ ]  bonne [ ]  moyenne [ ]  barrière de la langue

Poids vérifié  Taille vérifiée  IMC 

**EVOLUTION DU POIDS DEPUIS UN AN**

[ ]  stable [ ]  instable

Prise de poids de  

Perte de poids de 

**COMPORTEMENT ALIMENTAIRE**

TCA patents 

Compulsions 

Grignotage 

Indéterminé 

**CO-MORBIDITES**

[ ]  HTA [ ]  DT2 [ ]  hyperlipidémie

[ ]  goutte [ ]  SAOS [ ]  arthrose invalidante

Autre 

Antécédents somatiques et psychologiques



Traitements médicamenteux en cours



**PRISE EN CHARGE DU POIDS DANS LES DEUX DERNIERES ANNEES**

Suivi nutritionnel (diététicien/médecin) 

Programme d’activité physique 

Thérapie comportementale 

Séjour SSR 

Programme d’ETP 

Régime auto-prescrit 

Autre 

**IMPACT DU POIDS SUR LA VIE QUOTIDIENNE**

[ ]  sans impact [ ]  handicap léger

[ ]  handicap avec retentissement sur la vie professionnelle [ ]  handicap avec AT ou invalidité

**CONTEXTE PSYCHO-SOCIAL**

[ ]  activité professionnelle actuelle [ ]  sans emploi [ ]  isolement social

[ ]  chômage [ ]  handicap [ ]  parent isolé

[ ]  suivi psychologique/psychiatrique nom professionnel/structure 

**COMPLEMENT D’INFORMATION**

