**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**

