

**Prise en charge surpoids /obésité/diabète type 2/**  
**Éducation thérapeutique**

**NOM-PRENOM DU PATIENT :**

**DATE DE NAISSANCE :**

**DESCRIPTION DE L'ETAT DE SANTE ACTUEL JUSTIFIANT LE SEJOUR :**

**POIDS :**

**TAILLE :**

**IMC :**

**MOTIF(S) DE LA DEMANDE**

- OBESITE

- DIABETE TYPE 2  Sous insuline

- DYSLIPIDEMIE

- TROUBLES RESPIRATOIRES

B.P.C.O / ASTHME / SYNDROME APNEE DU SOMMEIL / APPAREILLE

- CARDIOPATHIE

HTA / INSUFFISANCE CARDIAQUE / CORONAIRE / ARTERITE OU AUTRES :

- APPAREIL LOCOMOTEUR

Gonarthrose / Coxarthrose / Hernie discale/ Lombalgies ou autres

- AUTRES

- Les problèmes nutritionnels ont-ils déjà fait l'objet d'une prise en charge spécialisée ? **OUI / NON**

- Si oui, type de prise en charge : - ambulatoire / hospitalisation  
- éducation thérapeutique

• Date(s) et lieu(x) à moyen terme

- Projet de chirurgie bariatrique :

\* Lors de l'admission, merci de fournir les derniers bilans biologiques et les comptes rendus de consultations spécialisées.