

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.