

## Demande de première consultation spécialisée « Obésité »

Service de Nutrition, CSO Ile de France Centre

Pôle Cœur et Métabolisme

*Questionnaire à remplir*

*par le médecin demandant la consultation ou le médecin traitant si le patient en est à l'initiative*

*A retourner :*

*Hôpital Pitié Salpêtrière, Service des Consultations du Pr Oppert,*

*47-83 Bvd de l'Hôpital, 75651 PARIS Cedex 13.*

*Ou par FAX : 01 42 17 78 34*

*Ou par mail : [rdv.endocrinologie.psl@aphp.fr](mailto:rdv.endocrinologie.psl@aphp.fr)*

### Objectifs de la prise en charge dans le service de Nutrition

Le service de nutrition propose une **expertise de situations d'obésités sévères, compliquées comprenant une évaluation multidisciplinaire coordonnée par un médecin et la définition d'objectifs thérapeutiques ainsi que les ressources à mobiliser pour y parvenir**. Le suivi dans le service de Nutrition est ensuite décidé au cas par cas en fonction de différents critères dont l'origine géographique, la situation médicale et médico-sociale et les ressources nécessaires et disponibles.

**Le service de Nutrition ne propose pas de consultation, de diététique isolée.**

Le suivi des patients **opérés d'une chirurgie bariatrique** doit se faire par l'équipe qui a opéré sauf demande spécifique liée à un avis expert ou recours.

S'il s'agit d'une demande au **CRMR Syndrome de Prader-Willi ou apparentés** merci de remplir la demande spécifique disponible auprès de [valerie.michaud@aphp.fr](mailto:valerie.michaud@aphp.fr)

**Il est important que le patient soit au courant des objectifs de la prise en charge et en soit d'accord.**

**Le patient est-il au courant et d'accord avec la prise en charge de son problème de poids ?**

**OUI      NON**

**Date de la demande**

**Nom du médecin faisant la demande : Dr**

**Adresse, Numéro de téléphone/email**

**Nom du patient**

**Prénom :**

Date de Naissance :

**Age**

Sexe    F / M

Adresse

Numéro de téléphone

Adresse email

**Poids actuel=**

**kg**

**Poids maximum si différent poids actuel :**

**kg**

**IMC\* =**

**kg/m<sup>2</sup>**

*\* critère obligatoire pour que la demande soit examinée*

**Maladies associées au problème de poids**

Diabète	OUI	NON
Si oui	Type 1 ou Type 2	
	Traitement actuel : Insuline	
Hypertension artérielle	OUI	NON
Dyslipidémie	OUI	NON
Syndrome apnées du sommeil appareillé	OUI	NON
Insuffisance respiratoire	OUI	NON
Insuffisance cardiaque	OUI	NON
Insuffisance rénale	OUI	NON
	Si oui projet de greffe rénale	
Amylose de type A	OUI	NON
Atteintes hépatiques (stéatose, cirrhose)	OUI	NON
Atteintes articulaires	OUI	NON
	Si oui précisez : localisation et sévérité	
	Projet de prothèse	
	OUI	NON
Hypertension intracrânienne	OUI	NON
Problèmes psychiatriques/ psychologiques	OUI	NON
Si oui précisez (diagnostic, traitement)		
Troubles du comportement alimentaires	OUI	NON
Si oui précisez		

**A-t-il (elle) déjà BENEFICIE d'une CHIRURGIE BARIATRIQUE ?** OUI NON

Si oui :		
Lieu intervention (Hôpital, Chirurgien)		
Date		
Type de chirurgie		
La consultation demandée est-elle liée à cette chirurgie ?	OUI	NON
Si oui pour quel motif, problème ?		

**Le patient a-t-il un PROJET de CHIRURGIE BARIATRIQUE ?** OUI NON

**Autres problèmes médicaux**

**Pour les femmes :**

Infertilité	OUI	NON
Grossesse actuelle	OUI	NON
	Si oui Date des dernières règles	
Projet de grossesse	OUI	NON