



Demande de première consultation spécialisée au sein du Centre Spécialisé Obésité du CHU Tours

*Questionnaire à remplir **par le médecin traitant***

A retourner à : unite.mobile.nutrition@chu-tours.fr

Objectifs de la prise en charge dans le service de Nutrition

Le Centre Spécialisé de l'Obésité (CSO) propose une prise en charge **des patients en situation d'obésité sévère (IMC ≥ 35 kg/m²), et/ou compliquée, comprenant une évaluation multidisciplinaire coordonnée par un médecin nutritionniste et la définition d'objectifs thérapeutiques ainsi que les ressources à mobiliser pour y parvenir.**

Le suivi au CSO est décidé en fonction de différents critères dont l'origine géographique, la situation médicale et médico-sociale et les ressources nécessaires et disponibles. Cette prise en charge s'entend en suivi alterné avec le médecin traitant.

En règle générale, le suivi des patients **opérés d'une chirurgie bariatrique** doit se faire par l'équipe qui a opéré le/la patient(e) sauf demande spécifique liée à un avis d'expert ou de recours.

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

Commune d'exercice

Nom et coordonnées du médecin traitant généraliste si différent Dr

Commune d'exercice

Nom du patient

Date de Naissance :

Age : ans

Prénom :

Sexe F / M

Adresse

Numéro de téléphone

Adresse email

Poids actuel=

kg

Poids maximum si différent poids actuel :

kg

Taille=

m

IMC* =

kg/m²

* critère obligatoire pour que la demande soit examinée

Retentissement du problème de poids

Diabète	OUI	NON
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
Atteintes hépatiques (stéatose, cirrhose)	OUI	NON
Atteintes articulaires invalidantes	OUI	NON
Hypertension intracrânienne	OUI	NON
Problèmes psychiatriques/ psychologiques	OUI	NON
Si oui précisez (diagnostic, traitement, suivi) :		

Troubles du comportement alimentaires	OUI	NON
Si oui précisez :		

Troubles cognitifs	OUI	NON
--------------------	-----	-----

Autonome	OUI	NON
----------	-----	-----

<u>A-t-il (elle) déjà bénéficié d'une CHIRURGIE BARIATRIQUE ?</u>	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 ?

-Suivi de grossesse :	OUI (terme : SA)	NON
-----------------------	------------------	-----

-Autre :

<u>Le patient a-t-il un PROJET de CHIRURGIE BARIATRIQUE ?</u>	OUI	NON
--	-----	-----

Lien vers le site Web de la filière obésité

<https://www.obecentre.fr>