



DEMANDE DE PREMIÈRE CONSULTATION SPÉCIALISÉE (à compléter par un médecin)

À envoyer à : unite.mobile.nutrition@chu-tours.fr
Plus d'informations sur l'obésité en région : www.obecentre.fr

⚠ **PIÈCE OBLIGATOIRE À JOINDRE : Courrier rédigé par le patient (retracant son histoire, son parcours pondéral et ses perspectives).**

Le Centre Spécialisé de l'Obésité (CSO) propose une prise en charge **des patients en situation d'obésité de grade 3 (IMC ≥ 40 kg/m²) ou grade 2 avec comorbidité associée (IMC ≥ 35 kg/m² compliquée)**, comprenant une évaluation multidisciplinaire coordonnée par un médecin nutritionniste. Ces critères correspondent à ceux du remboursement de la chirurgie bariatrique et des traitements médicamenteux de l'obésité (TMO). Le suivi au CSO est décidé en fonction de différents critères dont l'origine géographique, la situation médicale et médico-sociale et les ressources disponibles. Cette prise en charge s'entend en suivi alterné avec le médecin traitant. Le suivi des patients **opérés d'une chirurgie bariatrique** doit se faire par l'équipe qui a opéré le patient sauf demande spécifique liée à un avis d'expert ou de recours.

1. INTERVENANTS & IDENTIFICATION PATIENT

MÉDECIN DEMANDEUR

Date demande : ____/____/202__

Dr : _____

Commune : _____

Médecin traitant (si diff.) : _____

Dr : _____

PATIENT(E)

Nom / Prénom : _____

Né(e) le : ____/____/____ Âge : ____ ans

Sexe : ☐ F ☐ M

Tél / Email : _____

Adresse : _____

2. ANTHROPOMÉTRIE (Critères obligatoires)

Taille : ____ cm

Poids actuel : ____ kg

IMC* : ____ kg/m²

Poids max : ____ kg

Patient informé et en accord avec la prise en charge CSO : ☐ OUI ☐ NON

* IMC ≥ 40 kg/m² (Grade 3) OU IMC ≥ 35 kg/m² avec comorbidités (Grade 2 compliquée).

3. COMPLICATIONS & COMORBIDITÉS (Cocher les cases correspondant à la situation)

☐ Diabète de type 2

☐ Hypertrigycéridémie > 5g/L

☐ Hypertension Artérielle nécessitant un traitement (HTA)

☐ Syndrome d'Apnées du Sommeil (IAH ≥ 15 /h)

☐ Insuffisance respiratoire / BPCO / Asthme sévère

☐ Insuffisance cardiaque

☐ Maladie rénale chronique (IRC modérée ou sévère)

☐ Syndrome métabolique ovarien polyendocrinien (SMOP)

☐ Hypertension intracrânienne idiopathique

☐ Hernie pariétale ou éventration

☐ Troubles du comportement alimentaire (TCA)

☐ Troubles psychiatriques / psychologiques

☐ Troubles cognitifs

☐ Perte d'autonomie / Handicap moteur

☐ Stéato-hépatite métabolique (MASH) / Fibrose hépatique

☐ Incontinence urinaire invalidante

☐ Lombalgies chroniques invalidantes documentées

Précisions psy/TCA : _____

4. ANTECÉDENTS BARIATRIQUES & PROJET THERAPEUTIQUE

A-t-il / elle déjà bénéficié d'une CHIRURGIE BARIATRIQUE ? ☐ OUI ☐ NON

• Si OUI -> Date : ____/____/____ | Type : _____ | Lieu/Chirurgien : _____

• La demande est liée à cette chirurgie ? ☐ OUI ☐ NON -> Motif : ☐ Suivi grossesse (Terme: ____ SA) ☐ Autre: _____

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

Le patient a-t-il un PROJET de traitement MÉDICAMENTEUX de l'obésité (TMO) ? ☐ OUI ☐ NON