

Signature :

Cachet :

À faire compléter par votre médecin traitant ou spécialiste

afin d'adapter au mieux notre programme d'éducation thérapeutique.

Tout dossier incomplet ne sera pas traité. (joindre ordonnance +certificats)

IDENTIFICATION

**Nom :** \_\_\_\_\_ **Prénom :** \_\_\_\_\_ **Date de naissance :** \_\_\_\_\_

**Téléphone :** \_\_\_\_\_ **Mail :** \_\_\_\_\_

**Adresse :** \_\_\_\_\_

**Séjour Antérieur** dans notre service : Oui Non      Chirurgie obésité envisagée : Oui Non

**Demande de séjour** en hospitalisation complète       En HDJ       Suivi HDJ spécifique périchirurgical

INFORMATIONS MEDICALES

**MOTIF prise en soins ET/OU principale PLAINTe en relation avec excès de poids :**

-

**POIDS :** \_\_\_\_\_ **TAILLE :** \_\_\_\_\_ **IMC :** \_\_\_\_\_

**ANTECEDENTS:**

-

-

Traitements en cours : **Merci de joindre Obligatoirement une copie de l'ordonnance.**

Diabète HBAIC : \_\_\_\_\_  INSULINE  POMPE   GESTION par patient : OUI  NON

Cardiovasculaires : **(Joindre le certificat d'un cardiologue ne contre indiquant pas l'activité physique).**

Respiratoires :  Appareillage SAOS   OXYGENE

Plaies chroniques ou escarres  Oui  Non   Durée :

Troubles psychologiques ou psychiatriques : **(joindre le certificat d'aptitude psychologique)**

ACTIVITES DE LA VIE QUOTIDIENNE

**Soins d'hygiène :** Toilette : Autonome  Aide partielle  Aide totale

Habillage : Autonome  Aide partielle  Aide totale

**Mobilité :** Marche : Autonome  Aide partielle  Dépendant

Cannes/déambulateur  Fauteuil roulant

**Montée escalier :** Impossible  Essoufflement 1er étage

Essoufflement 2 étages  Plus de 2 étages

**Périmètre de marche :** Inf à 100 m  Entre 100 et 500 m  Sup à 1 km

ou Inf à 2 min  2 à 10 min  10 à 20 min  Sup à 30 minutes

**Douleur :** Oui  Non  Lieu :

**Douleur articulaire :** Dos  Hanches  Genoux  Aucune

**Chute :** Dans les 12 derniers mois : OUI  NON