



DOSSIER DE PRÉADMISSION



Evaluation traitement médicamenteux de l'obésité

Envoyer par mail : administratif@valicelli.fr - Contact : 04 95 27 88 10

1-IDENTITÉ DU PATIENT

Nom : _____ Prénom : _____

Nom de jeune fille : _____

Date de naissance : né(e) le ___ / ___ / _____ Sexe : H F

Adresse : _____

N° de téléphone : _____

N° de Sécurité Sociale : _____ Nom de la mutuelle : _____

Personne à prévenir en cas d'urgence :

Nom : _____ Prénom : _____ Tél : _____

2- PRESCRIPTION (à faire compléter par le médecin)

● Nom du médecin demandeur : _____ Tél : _____

● Nom du médecin traitant : _____ Tél : _____

● Motif de la demande: _____

● Surcharge pondérale Poids: _____ Taille : _____ IMC : _____

● Evolution du poids sur les derniers mois: _____

● Comorbidités / Antécédents médicaux et chirurgicaux : _____

● Troubles du comportement alimentaires ? _____

● Antécédents psychiatriques : _____

● Allergies (médicamenteuses, alimentaires, environnementales) : _____

- Y a-t-il eu d'autres prises en charge de l'obésité par le passé ?

Par une diététicienne : Non Oui

Par un éducateur d'activité physique adaptée : Non Oui

- Chirurgie Bariatrique :

Non Oui. Lesquelles ?

Date de l'intervention : _____

Un traitement médicamenteux de l'obésité est-il mis en place :

Non Oui. Lesquelles ? _____

Depuis le : _____

Poids initial: _____

● ETAT GENERAL (autonomie)

Totalement autonome

Aide à la marche. Si oui, laquelle : _____

Aide à la toilette. Si oui : Totale Partielle

Troubles cognitifs. Si oui, préciser : _____

Aide aux repas. Si oui, préciser : _____

● DOCUMENTS MÉDICAUX à fournir

● Traitement en cours

Non Oui. Merci de joindre les ordonnances

● Bilan biologique :

NFS plaquettes ; Ionogramme créatinémie, DFG, calcémie, phosphorémie, albumine, calcémie corrigée, PTH
B9, B12, Ferritine, coefficient saturation transferrine ; TSH

ASAT ALAT GGT PAL bilirubine F1b 4

EAL GaJ (HbA1c si diabète)

● Échographie abdominale : datant de moins d'un an

Recherche stéatose et lithiases vésiculaires

● J'atteste que mon patient ne présente pas de contre-indication médicale ou fonctionnelle à la pratique
d'une activité physique adaptée

Oui Non

Date, signature et cachet du médecin : ___/___/___

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ASSURÉ(E)

Numéro d'immatriculation : _____

Nom : _____ Prénom : _____

Adresse : _____

SITUATION DE L'ASSURÉ(E) À LA DATE DE LA DEMANDE :

- Activité salariée Activité non salariée Pensionné(e)
- Sans emploi. Date de cessation d'activité : _____
- Autre cas. Lequel : _____

PARTIE RÉSERVÉE AU MÉDECIN DEMANDEUR

CERTIFICAT MÉDICAL CONFIDENTIEL

• Je prescris le séjour de Mme, M, _____

dans l'établissement **Clinique Valicelli Diabète et Nutrition**, pour une durée de _____ jours.

(hospitalisation complète si initiation de traitement).

dans l'établissement **Clinique Valicelli Diabète et Nutrition**, pour une durée de _____ jour.

(hospitalisation de jour si continuité de traitement déjà instauré).

• Renseignements médicaux justifiant la présente demande (état du malade, examens clinique et complémentaires, traitement médical et chirurgical) :

Fait le ___ / ___ / _____

À _____

Signature et cachet du médecin :