

Critères d'inclusion : (cocher la bonne case)

- IMC entre 28 et 30 avec complications
- IMC entre 30 et 35 sans complications (si complications :avis préalable avec Dr Bahuaud)

NOM : _____ **Prénom :** _____
Sexe : _____ **Date de naissance :** _____ **Age :** _____
N° de SS : _____
100% ALD : oui : motif : _____ non _____
Adresse postale : _____
Mail : _____ **N° de tél :** _____
Nom du médecin traitant : _____ **N° de tél du médecin traitant :** _____
Adresse du médecin traitant : _____

Antécédents médicaux / pathologie associées :

Traitement médicamenteux au long cours (si besoin joindre ordonnance) :

Poids : **Taille :** **IMC :**

Poids minimum : **Poids maximum :**

Histoire de la prise de poids :

Prise en charge antérieure du surpoids / tentatives antérieures de perte de poids :

Projet médical en rapport avec le surpoids :

Objectif attendu de la séance d'ETP :

Date
... / ... / ...

Médecin prescripteur :
Dr :
Adresse :
Tel :

Signature et cachet