

**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
-----------------------	------------------------------------------------------	---------------------