|  |
| --- |
| **Médecin** (Coordonnées) |
| Dre / Dr : |
| Date : |

|  |  |
| --- | --- |
| **Patient·e** (Coordonnées) | |
| Nom, Prénom : | |
| Date de naissance : | Âge : |
| Adresse : | |
| Téléphone : | |

Motif de prise en charge : Prise en charge initiale Suivi post chirurgie bariatrique

|  |
| --- |
| Poids (kg) : |
| Taille (m) : |
| IMC = kg/m2 |
| Site de préférence :  Delémont  Porrentruy |

|  |  |
| --- | --- |
| Maladies associées à l’obésité | |
| HTA |  |
| Diabète |  |
| Dyslipimédie |  |

|  |
| --- |
| Antécédents / Comorbidités : |
|  |
|  |
|  |

|  |
| --- |
| Traitement habituel : |
|  |
|  |
|  |

* **Svp, veuillez joindre les derniers résultats sanguins** à l’adresse : centreobesitejura@h-ju.ch (TSH, glycémie à jeun, HbA1c, bilan lipidique, bilan hépatique). Pour les prochaines prises de sang, nous informons le patient qu’il peut les faire au sein de votre cabinet. Nous vous demandons dans ce cas de nous adresser les résultats svp.
* Dans le cadre du suivi post-opératoire, le patient doit être revu au minimum à 1 mois et annuellement dans le centre de l’obésité.

Précisez votre souhait **pour le suivi à 3 mois, 6 mois, 18 mois**

* + Vous souhaitez que le suivi soit assuré par le centre de l’obésité
  + Vous souhaitez assurer ce suivi