|  |
| --- |
| **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 : |
|  |
|  |
|  |