|  |
| --- |
| **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 : |
|  |
|  |
|  |