

**Demande à remplir par votre médecin et à nous adresser par mail à : [ls.endocrino-hj@chu-lyon.fr](mailto:ls.endocrino-hj@chu-lyon.fr)**

**REDACTEUR :** Dr .....  Médecin traitant  Autre spécialité (préciser) : .....

<b>NOM :</b> .....		<b>NOM de naissance :</b> .....	
<b>PRENOM :</b> .....		Date de Naissance : ...../...../.....	
Adresse : .....			
Ville : .....		Code postal : .....	
Téléphone : .....		Mail : .....	
<b>Le patient parle-t-il français ?</b>		<b>Comprend-il le français ?</b>	
<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON		<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	
Si NON, y a-t-il besoin d'un interprète et en quelle langue : .....			
<b>Le patient vit-il en structure collective ?</b>		<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	
Si OUI, précisez (foyer, EHPAD...) : .....			
Précarité financière		<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	
Logement adapté (PMR, incurie.....)		<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	
Dossier de demande d'aides sociales existant		<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	
Si OUI, précisez (MDPH, APA ...) : .....			

<b>POIDS :</b> ..... kg	<b>TAILLE :</b> .....cm	<b>IMC :</b> ..... kg/m <sup>2</sup>
-------------------------	-------------------------	--------------------------------------

**MOTIF DE PRISE EN CHARGE :**

.....  
.....

**TYPE DE DEMANDE :**

*Les médicaments de l'obésité et la chirurgie bariatrique sont indiqués pour des patients avec un IMC ≥35 kg/m<sup>2</sup>, en 2<sup>ème</sup> intention en cas d'échec d'une prise en charge multidisciplinaire bien conduite ou d'une aggravation d'une comorbidité.*

- **Demande concernant le médicament de l'obésité :**  Ne sait pas  OUI  NON → **Si oui, j'atteste :**
  - de l'échec de la prise en charge de l'obésité de mon patient incluant un suivi nutritionnel et la mise en place d'une activité Physique d'au moins 6 mois
  - que l'obésité de mon patient compromet son autonomie ou entraîne une altération sévère de la fonction d'un organe
- **Intérêt pour une chirurgie de l'obésité du patient** (questionnement ou projet de chirurgie)  OUI  NON
- **Antécédent de Chirurgie de l'obésité ?**  OUI  NON → **si oui type et date :** .....

Etiologie de l'obésité si connue :	
Traumatisme psychique	<input type="checkbox"/>
Douleurs chroniques	<input type="checkbox"/>
Médicaments obésogènes	<input type="checkbox"/>
Dérégulation hormonale (hypercorticisme...) ou tumeur cérébrale	<input type="checkbox"/>
Obésité monogénique ou syndromique	<input type="checkbox"/>
Obésité hypothalamique	<input type="checkbox"/>
Autre :	

Limitations de mobilité et fonctionnelles :	Absent(e)	Modéré(e)	Sévère	Ne sait pas
. Douleur au mouvement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
. Dyspnée d'effort	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
. Difficultés aux actes de la vie quotidienne (toilette, ménage, courses...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
. Périmètre de marche ≤100m	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>			
. Déplacements avec aide	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>			
Si oui, précisez (fauteuil, béquilles, déambulateur...) : .....				
. Grabatisation	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>			

<b>Pathologies :</b>	<b>Absent(e)</b>	<b>Modéré(e)</b>	<b>Sévère</b>	<b>Ne sait pas</b>
<b>Retentissement cardio métabolique :</b>				
. Diabète	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
. HTA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
. Insuffisance cardiaque	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Atteinte hépatique :</b>				
. Stéatose hépatique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
. MASH/fibrose hépatique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Trouble respiratoire</b>				
. Syndrome d'Apnées du Sommeil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Appareillé OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>				
. Insuffisance respiratoire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Maladie chronique/ Pathologie sévère associée :</b>				
. Maladie inflammatoire chronique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
. Insuffisance rénale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
. BPCO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
. Maladie neuromusculaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
. Maladie auto-immune	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
. Pathologie articulaire invalidante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
. Trouble du Spectre Autistique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Trouble du comportement alimentaire</b>	<input type="checkbox"/> Impulsivité alimentaire sans accès boulimique	<input type="checkbox"/> Accès de boulimie épisodiques	<input type="checkbox"/> Hyperphagie boulimique	<input type="checkbox"/>
<b>Trouble de la fertilité :</b>				
. Infertilité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
. SOPK	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
. Projet de Procréation Médicalement Assistée	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>			
<b>Projet de greffe</b>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> <b>Organe :</b>			

<b>Pathologies Psychiques :</b>	<input type="checkbox"/> Trouble léger (estime de soi, humeur)	<input type="checkbox"/> Pathologie traitée	<input type="checkbox"/> Pathologie psychiatrique sévère (dépression sévère, troubles de la personnalité borderline, paranoïa, schizophrénie...) Si OUI précisez : .....	<input type="checkbox"/> Ne sait pas
---------------------------------	--	---	--	--------------------------------------

**TRAITEMENTS (si possible joindre l'ordonnance) :** .....

.....

.....

**COMPLEMENT D'INFORMATION :**

.....

.....

.....

**Date :** ...../...../.....

<b>Signature / cachet du médecin OBLIGATOIRE :</b>	<b>Signature du patient :</b>
	En signant ce document je m'engage à honorer mes rendez-vous et à prévenir en cas d'annulation