

**FICHE DE TRANSMISSION D'INFORMATION MEDECIN – DIETETICIEN
DANS LE CADRE D'UNE CONSULTATION OBESITE**

Nom / Prénom du patient :

Date de naissance :

PARTIE MEDECIN :

ANTECEDENTS pertinents pour la démarche diététique :

TRAITEMENTS :

+/- résultats de bilans biologiques récents (ex : paramètres glycémiques, lipidiques, hépatiques, carences vitaminiques...)

Si sujet âgé (>65 ans), préciser si :

troubles cognitifs avérés dépendance patient vivant en EHPAD

comorbidités évolutives associées grand âge (>85 ans)

MOTIF DE LA DEMANDE DE CONSULTATION DIETETIQUE : (ex : perte de poids, stabilisation du poids, prise en charge de comorbidités...)

PARTIE DIETETICIEN :

DIAGNOSTIC DIETETIQUE (*quantités consommées, qualité des apports alimentaires, moment des prises prandiales/extra prandiales, le comportement alimentaire en général (ex : hyperphagie, contexte de restriction cognitive...), la présence ou la suspicion de troubles du comportement alimentaire, les difficultés du patient et sa motivation, les éléments pertinents qui influencent la prise en charge (ex : prise médicamenteuse, contexte socio-culturel, la profession...)*) :

PREMIERS OBJECTIFS DE PRISE EN CHARGE :

SUIVI PROPOSE :

PROPOSITIONS DE RECOURS EVENTUELS :