

Formulaire d'adressage — Parcours obésité

Service Nutrition-Diabétologie & CSO Occitanie Est — CHU de Montpellier

Cher confrère, chère consœur, merci de remplir ce formulaire pour adresser votre patient(e). Les situations cochées en partie 3 (signaux de gravité) bénéficient d'une priorisation de rendez-vous.

1. Patient

Nom, Prénom : _____

Date de naissance : _____ Sexe : F H

Taille : _____ cm Poids actuel : _____ kg IMC actuel : _____ kg/m²

Si le patient est déjà sous traitement de l'obésité — Poids à l'initiation : _____ kg Date d'initiation : _____

2. Critères d'éligibilité (au moins un)

- IMC \geq 40 kg/m²
- IMC \geq 35 kg/m² avec comorbidité (DT2, HTA traitée, MASH, SOPK, SAOS, infertilité, autre)
- Antécédent de suivi dans le service
- Adressage motivé par un spécialiste

3. Signaux de gravité justifiant une priorisation

(cocher tous ceux qui s'appliquent)

- Diabète déséquilibré (HbA1c > 8 %) ou complications cardiovasculaires/rénales sévères
- Perte d'autonomie ou limitation majeure de mobilité liée à l'obésité
- Souffrance psychologique majeure, suivi psychiatrique, ou idées suicidaires
- Antécédent de chirurgie bariatrique avec reprise pondérale importante
- Acte médical ou chirurgical urgent conditionné à une perte de poids
- Isolement social, précarité, ou difficultés d'accès aux soins

4. Motif principal de la demande

- Évaluation globale Traitement médicamenteux Chirurgie bariatrique
- Aggravation récente Autre : _____

5. Commentaire libre

(facultatif, notamment pour préciser un trouble du comportement alimentaire suspecté)

6. Attestation et signature

J'atteste que le patient répond aux critères d'accueil du parcours obésité hospitalier.

Médecin traitant : _____

RPPS : _____ Date : _____

Tél / Mail : _____

Signature et cachet :

Formulaire à retourner par mail au secrétariat : [adresse mail du secrétariat]