



CLERMONT-FERRAND
CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE

SERVICE DE NUTRITION CLINIQUE

Pr. Yves BOIRIE

Chef de Service, PU-PH

Dr. Magalie MIOLANNE-DEBOUIT

Praticien Hospitalier

Dr. Nicolas FARIGON

Praticien Hospitalier

Dr E.GENTES

Assistante

Dr Mathilde PICARD

Assistante

Mr Alexandre MORVAN

Cadre de Santé

Tel : 04 73 75 01 14

Consultations médicales

Pr. Y. BOIRIE

Dr. N. FARIGON

Dr. E.GENTES

Dr. M. MIOLANNE-DEBOUIT

Dr. M. PICARD

Consultations infirmières

C. LEYSSENE

P. MINGAT

Consultations psychologues

A. BERTRAND

M. TARTIERE

Consultations diététiques

M. DANJOU

C. KELENC

M. LAPALUS

J. RODA

Secrétariat

J. FERSI

C. JEANNOT

Tel : 04 73 75 49 37

Fax 04 73 75 41 83

Adresse postale :

Hôpital Gabriel Montpied

8^{ème} étage HE

58, rue Montalembert,

B.P. 69

63003 Clermont-Ferrand Cedex 1

Consultations UF 3906

Hôpital de jour UF 3908

Hôpital de semaine UF 3904

Centre Spécialisé de l'Obésité

Coordination régionale « CALORIS »

04.73.75.44.87

Pôle R.H.E.U.N.N.I.R.S.

SERVICE DE NUTRITION CLINIQUE

Clermont-Ferrand, le

Madame, Monsieur

Suite à votre demande de prise en charge dans le service de nutrition, vous trouverez ci-joint un formulaire à faire compléter et signer par votre médecin traitant ou le médecin spécialiste qui vous adresse.

La demande est à transmettre

- par fax au **04.73.75.41.83**
- ou par mail à sec-nut@chu-clermontferrand.fr.
- ou par mail sécurisé nutrition.clinique@chu-clermontferrand.aura.mssante.fr (uniquement pour les personnes ayant une adresse mail sécurisée)

Après réception de la demande et concertation de l'équipe, l'orientation la plus adaptée vous sera proposée.

Nous vous remercions par avance et restons à votre disposition.

Bien cordialement.

L'équipe du service

La demande de prise en charge doit être initiée par le/la patiente qui doit faire remplir le formulaire suivant par son médecin.
L'équipe médicale du service de nutrition proposera l'orientation la plus adaptée.

Rédacteur : Dr médecin traitant autre spécialité (préciser) :

Nom :	Nom de Naissance :
Prénom :	
Date de naissance :	Age :
Adresse :	Code postal / ville :
Mail :	
Téléphone portable :	Téléphone fixe :
Poids :	Taille :
	IMC :

Antécédents :			
Cardiologique	non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/>	précision :
Pneumologique	non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/>	précision :
Diabétologique	non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/>	précision :
Endocrinologique	non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/>	précision :
Neurologique	non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/>	précision :
Psychiatrique	non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/>	précision :
Néphrologique	non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/>	précision :
Parcours AMP	non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/>	précision :
Autres	non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/>	précision :
Traitements :			
-			-
-			-
-			-

Motif de prise en charge :	
DEMANDE DE CHIRURGIE BARIATRIQUE :	non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>
Patient informé et ayant donné son accord :	non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>
Francophone :	non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> si non prévoir la présence d'un traducteur lors de l'hospitalisation
Troubles cognitifs :	non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>
Mobilité :	normale / canne béquille / limitée à lit fauteuil / grabataire
Facilité à se rendre disponible :	non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>
Motivation personnelle du patient pour se prendre en charge	<u>0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</u>

Orientation CSO ou partenaire (à remplir par le service / prioriser 1 2 3)			
CHU : HDJ CHU bilan initial	Groupe informations chirurgie	Hospitalisation complète	Consultation CHU
CH : Moulins / Vichy / Aurillac / Le Puy en Velay			
Programme chirurgie bariatrique Clinique de La Plaine Clermont-Fd (63)			
SSR : UGECAM Clermont-Fd (63) / Clinique cardio-pneumologique Durtol (63) / Les sorbiers Issoire (63) / Cœur du Bourbonnais St Pourçain sur Sioule (03) / L'Hort des Melleyrines Le Monastier sur Gazeille (43)			
Programme AFRET Issoire (63)			

- A faxer au **04 73 75 41 83** ou à renvoyer par mail à sec-nut@chu-clermontferrand.fr ou nutrition.clinique@chu-clermontferrand.aura.mssante.fr (uniquement pour les personnes ayant une adresse mail sécurisée)

signature :

Date, cachet et