

Demande de première consultation spécialisée obésité

Questionnaire à remplir et à retourner à l'adresse suivante :

Secrétariat de Chirurgie viscérale et de l'obésité
Infirmière coordinatrice
Centre Hospitalier de Valenciennes
Avenue Désandrouin
CS 50479 59322 VALENCIENNES Cedex

• Civilités

Nom : _____

Prénom : _____

Date de naissance : ____ / ____ / ____

Adresse : _____

Tel. : ____ / ____ / ____ / ____ / ____

E-mail : _____ @ _____

Taille : _____

Poids actuel : _____ Poids maximum : _____ Poids minimum : _____

• Maladies associées à votre problème de poids (cocher la case)

Diabète----- Oui Non

Si oui, durée d'évolution du diabète-----

Traitement actuel insulines ----- Oui Non

Dernière HB1 Ac si disponible-----

Hypertension artérielle ----- Oui Non

Tabac en cours ----- Oui Non

Syndrome d'apnées du sommeil appareillé ----- Oui Non

Insuffisance respiratoire----- Oui Non

Antécédents cardiaques (infarctus, stent,...) ----- Oui Non

Insuffisance rénale ----- Oui Non

Si oui, projet de greffe rénale ----- Oui Non

Atteinte hépatique ----- Oui Non

Atteinte articulaire ----- Oui Non

Préciser la localisation et la sévérité-----

Projet de prothèse (genou, hanche)----- Oui Non

Traitement de la douleur ----- Oui Non

Si oui, préciser le traitement -----

Problème psychiatrique ou psychologique ----- Oui Non

Si oui, préciser le diagnostic et le traitement-----
