

Centre Hospitalier de Valenciennes

Demande d'évaluation multidisciplinaire de l'obésité

Questionnaire à remplir et à retourner à l'adresse suivante : **Docteur Sophie Vandendorpe**
Unité Transversale de Nutrition, Avenue Désandrouin - CS 50479 59322 Valenciennes Cedex

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Numéro de téléphone :

E-Mail :

Nom du médecin traitant :

Clinique : Poids Kg

Taille Cm

IMC Kg/m²

Antécédents :

- | | | |
|---|---------------------------|---------------------------|
| Diabète | ☐ Oui | ☐ Non |
| • Si oui, année de découverte du diabète : | | |
| • Dernière Hb1Ac si disponible : | | |
| • Hypertension artérielle | ☐ Oui | ☐ Non |
| • Dyslipidémie (hypercholestérolémie, hypertriglycémie) | ☐ Oui | ☐ Non |
| • Tabagisme | ☐ Oui | ☐ Non |
| • Syndrome d'apnées du sommeil | ☐ Oui | ☐ Non |
| • Antécédents cardiaques (infarctus, stent,...) | ☐ Oui | ☐ Non |
| • AVC | ☐ Oui | ☐ Non |
| • Chirurgie de l'obésité | ☐ Oui | ☐ Non |
| Si oui, laquelle (anneau, sleeve, bypass...) ? | | |
| • Autre : | | |

Traitements en cours et posologies ?

.....

.....

.....

Pour les femmes :

- | | | |
|------------------------------|---------------------------|---------------------------|
| • Suivi gynécologique annuel | ☐ Oui | ☐ Non |
| • Difficultés à concevoir | ☐ Oui | ☐ Non |
| • Grossesse actuelle | ☐ Oui | ☐ Non |
| • Contraception | ☐ Oui | ☐ Non |
| • Si oui, laquelle ? | | |

Centre Hospitalier de Valenciennes
Avenue Désandrouin - CS 50479
59322 Valenciennes Cedex
03 27 14 33 33 / www.ch-valenciennes.fr



CENTRE HOSPITALIER
DE VALENCIENNES