



Pôle R.H.E.U.N.N.I.R.S.  
SERVICE DE NUTRITION CLINIQUE  
**Demande de prise en charge**  
**en nutrition clinique**



Merci de remplir le formulaire suivant pour une orientation adaptée de votre patient

Rédacteur : Dr

Fax :

Mail :

Nom :	Prénom :	
Date de naissance :	Age :	
Adresse :		
Téléphone :		
Poids :	Taille :	IMC :

Antécédents :	Traitements actuels :
-	-
-	-
-	-
-	-
-	-
-	-
-	-
-	-
-	-
Francophone : oui/non ; Troubles cognitifs : oui/non ; Mobilité : normale/ canne béquille/limitée à lit fauteuil/grabataire	

<b>Prise en charge souhaitée par le patient:</b>			
<input type="checkbox"/> Suivi pluridisciplinaire	<input type="checkbox"/> Demande de Chirurgie bariatrique		
Etes-vous favorable?		<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Fiche téléchargée sur BARIACLIC		<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non

Merci de dire à votre patient de venir lors de son hospitalisation avec son ordonnance de traitement la plus récente.

<b>Orientation (à remplir par le service)</b>			
HDJ CHU	HDS CHU	Consult CHU	UGECAM

**Signature et cachet :**

## **SERVICE DE NUTRITION CLINIQUE**

**Pr. Yves BOIRIE**  
Chef de Service, PU-PH

**Dr. Magalie MIOLANNE-DEBOUIT**  
Praticien Hospitalier

**Dr. Nicolas FARIGON**  
Praticien Hospitalier

**Dr. Clément LAHAYE**  
Chef de Clinique

**Dr Charlotte PALMIER-FORESTIER**  
Assistante

**Dr Valérie VENANT**  
Assistante

**M. Alexandre MORVAN**  
Cadre Service Diététique  
Tel : 04 73 75 01 14

### Consultations médicales

Pr. Y. BOIRIE  
Dr. N. FARIGON  
Dr. C. LAHAYE  
Dr. M. MIOLANNE-DEBOUIT  
Dr. C. PALMIER FORESTIER  
Dr. V. VENANT

### Consultations infirmières

C. BARSE  
MC. FEDOR  
C. LEYSSENE-OUVRRARD

### Consultations psychologues

A. BERTRAND  
M. TARTIERE

### Consultations diététiques

M. DANJOU  
C. KELENC  
M. LAPALUS  
C. ROCHE  
J. RODA

### Secrétariat

J. FERSI  
C. JEANNOT  
L. PEREIRA FERNANDES  
**Tel : 04 73 75 49 37**  
**Fax 04 73 75 41 83**

### Adresse postale :

Hôpital Gabriel Montpied  
8<sup>ème</sup> 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  
Explorations Fonctionnelles UF 3905

Centre Spécialisé de l'Obésité  
Coordination régionale « CALORIS »

Secrétariat C. JEANNOT  
04.73.75.44.87

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 **amorvan@chu-clermontferrand.fr**.

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