



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	

Prise en charge souhaitée par le patient:			
<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.

Orientation (à remplir par le service)			
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^{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
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