

**POLE MEDECINES ET SPECIALITES**  
**UNITE DE PRISE EN CHARGE DE L'OBESITE**  
**HOPITAL DE JOUR DES MEDECINES**  
Docteur S. TROUILLIER : Chef de Service

**Demande de prise en charge  
en nutrition clinique**

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

**Dr DUBOSCLARD**  
Endocrinologue

Rédacteur : Dr

Fax :

Mail

**Dr PALACH**  
Médecine générale  
D.U. Nutrition de l'obésité

**Médecins**  
Cardiologie

**Médecins**  
Pneumologie

**Dr ROUCH**  
**Dr DUVAL**  
**Dr COLLIN**  
Gastro-entérologues

**Dr ABDALLAH**  
Chirurgien viscéral

**Mme BAUDART**  
Psychologue

**Mme DESCOURS**  
**Mme GIRAUD**  
**Mme LASSAUSSE**  
**Mme MADRIGNAC HOZIAN**  
**Mme POUSSERGUES**  
Diététiciennes

**Mr PIGANIOL**  
Educateur sportif

**Adresse postale**  
Centre Hospitalier Henri Mondor  
50 Avenue de la République  
Espace médico-chirurgical  
Hôpital de jour des médecines  
Rez-de-chaussée  
15000 AURILLAC

**Secrétariat**  
☎ 04.71.46.56.61  
Fax : 04.71.46.47.42

**Cadre de Santé**  
M. Ph. SALESSE

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

Antécédents	Traitements actuels
-	-
-	-
-	-
-	-
-	-
-	-

Prise en charge souhaitée par le patient :
<input type="checkbox"/> suivi pluridisciplinaire <input type="checkbox"/> demande de chirurgie bariatrique
Êtes-vous favorable : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non

<b>Orientation (à remplir par le service)</b>
---

**Signature et cachet :**

**POLE MEDECINES ET SPECIALITES**  
**UNITE DE PRISE EN CHARGE DE L'OBESITE**  
**HOPITAL DE JOUR DES MEDECINES**  
Docteur S. TROUILLIER : Chef de Service

Madame, Monsieur,

**Dr DUBOSCLARD**  
Endocrinologue

**Dr PALACH**  
Médecine générale  
D.U. Nutrition de l'obésité

**Médecins**  
Cardiologie

**Médecins**  
Pneumologie

**Dr ROUCH**  
**Dr DUVAL**  
**Dr COLLIN**  
Gastro-entérologues

**Dr ABDALLAH**  
Chirurgien viscéral

**Mme BAUDART**  
Psychologue

**Mme DESCOURS**  
**Mme GIRAUD**  
**Mme LASSAUSSE**  
**Mme MADRIGNAC**  
**HOZIAN**  
**Mme POUSSERGUES**  
Diététiciennes

**Mr PIGANIOL**  
Educateur sportif

**Adresse postale**  
Centre Hospitalier Henri  
Mondor  
50 Avenue de la République  
Espace médico-chirurgical  
Hôpital de jour des  
médecines  
Rez-de-chaussée  
15000 AURILLAC

**Secrétariat**  
☎ 04.71.46.56.61  
Fax : 04.71.46.47.42

**Cadre de Santé**  
M. Ph. SALESSE

Suite à votre demande de prise en charge dans le service d'hôpital de jour, vous trouverez ci-joint un formulaire à faire compléter et signer par votre médecin traitant.

La demande est à transmettre :

- Directement au secrétariat du service
- Ou par fax au 04.71.46.47.42.

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