



CLERMONT-FERRAND
CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE

SERVICE DE NUTRITION CLINIQUE

Pr. Yves BOIRIE

Chef de Service, PU-PH

Dr. Magalie MIOLANNE-DEBOUIT

Praticien Hospitalier

Dr. Nicolas FARIGON

Praticien Hospitalier

Dr E.GENTES

Praticien Hospitalier

Dr Mathilde PICARD

Praticien Hospitalier

Mr Alexandre MORVAN

Cadre de Santé

Tel : 04 73 75 01 14

Consultations médicales

Pr. Y. BOIRIE

Dr. N. FARIGON

Dr. E.GENTES

Dr. M. MIOLANNE-DEBOUIT

Dr. M. PICARD

Consultations infirmières

C. LEYSSENE

P. MINGAT

Consultations psychologues

A.BERTRAND

M. TARTIERE

Consultations diététiques

M. DANJOU

C. KELENC

M.LAPALUS

J. RODA

Secrétariat

J. FERSI

C. JEANNOT

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

Centre Spécialisé de l'Obésité

Coordination régionale « CALORIS »

04.73.75.44.87

Pôle R.H.E.U.N.N.I.R.S.

SERVICE DE NUTRITION CLINIQUE

Clermont-Ferrand, le

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 sec-nut@chu-clermontferrand.fr.
- ou par mail sécurisé nutrition.clinique@chu-clermontferrand.aura.mssante.fr (uniquement pour les personnes ayant une adresse mail sécurisée)

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

La demande de prise en charge doit être initiée par le/la patiente qui doit faire remplir le formulaire suivant par son médecin.
L'équipe médicale du service de nutrition proposera l'orientation la plus adaptée.

Rédacteur : Dr

médecin traitant autre spécialité (préciser) :

Nom :	Nom de Naissance :
Prénom :	
Date de naissance :	Age :
Adresse :	Code postal / ville :
Mail :	
Téléphone portable :	Téléphone fixe :
Poids :	Taille :
	IMC :

Antécédents :

Cardiologique non oui précision :

Pneumologique non oui précision :

Diabétologique non oui précision :

Endocrinologique non oui précision :

Neurologique non oui précision :

Psychiatrique non oui précision :

Néphrologique non oui précision :

Parcours AMP non oui précision :

Autres non oui précision :

Traitements :

Motif de prise en charge :

DEMANDE DE CHIRURGIE BARIATRIQUE : non oui / commentaire

Patient informé et ayant donné son accord : non oui

Francophone : non oui si non prévoir la présence d'un traducteur lors de l'hospitalisation

Troubles cognitifs : non oui

Mobilité : normale / canne béquille / limitée à lit fauteuil / grabataire

Facilité à se rendre disponible : non oui

Motivation personnelle du patient pour se prendre en charge

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<input type="radio"/>										

Orientation CSO ou partenaire (à remplir par le service / prioriser 1 2 3)

CHU : HDJ CHU bilan initial Groupe informations chirurgie Hospitalisation complète Consultation CHU

CH : Moulins / Vichy / Aurillac / Le Puy en Velay

Programme chirurgie bariatrique Clinique de La Plaine Clermont-Fd (63)

SSR : UGECAM Clermont-Fd (63) / Clinique cardio-pneumologique Durtol (63) / Les sorbiers Issoire (63) / Cœur du Bourbonnais St Pourçain sur Sioule (03) / L'Hort des Melleyrines Le Monastier sur Gazeille (43)

Programme AFRET Issoire (63)

A faxer au **04 73 75 41 83** ou à renvoyer par mail à sec-nut@chu-clermontferrand.fr ou nutrition.clinique@chu-clermontferrand.aura.mssante.fr (uniquement pour les personnes ayant une adresse mail sécurisée)

Date :

Cachet et signature :