

Unité de Réadaptation Métabolique et Endocrinienne Ambulatoire

Secrétariat

Tél. : _____ Date de demande : _____
Mail : _____ Fax : _____

Médecin ou établissement adresseur

Adresse : _____
Tél. : _____ Fax : _____
Mail : _____

Patient

Adresse : _____
Tél. : _____
Mail : _____
Date de naissance : _____ Âge : _____
Statut professionnel : en activité retraité invalidité) :

Motif(s) de la demande

- Diabète type 2 Diabète sous insuline Surpoids/Obésité
 Chirurgie bariatrique : préparation /suivi autre chirurgie
 Troubles du Comportement Alimentaire (hors anorexie) Relais hospitalisation Complète

ATCD : _____

Taille : _____ Poids : _____ IMC : _____

Préciser si handicap particulier : limitation physique , insuffisance respiratoire, trouble du comportement, autre : _____

Objectifs souhaités

Autres infomations à signaler

Le patient doit se présenter à la première consultation avec :

- un bilan biologique de moins de 3 mois (au minimum : créatinine, glycémie à jeun, HbA1c) ,
- son ordonnance
- ses résultats de glycémie si diabétique (lecteur de glycémie, carnet de glycémie)
- un test Covid de moins de 72 heures