



**Demande de prise en charge sur le Centre Spécialisé de l'Obésité
du Centre Hospitalier Universitaire Grenoble Alpes**

Cette demande doit être remplie par votre médecin (généraliste ou spécialiste), puis nous être adressée par voie postale, fax : **04 76 76 50 42** ou par mail à **gerom@chu-grenoble.fr**

Coordonnées du Médecin qui adresse le patient -----

Nom : Adresse :

Téléphone : Mail :

Coordonnées du patient-----

NOM : PRENOM : Date de Naissance : Age :

Adresse :

Téléphone (le plus facile à joindre) : Mail :

Mesures-----

POIDS : TAILLE : IMC :

Demande-----

- Y-a-t-il eu un suivi antérieur au CHU Grenoble Alpes pour le poids ? OUI NON
- Y-a-t-il un projet de chirurgie de l'obésité OUI NON
- Y-a-t-il un antécédent de Chirurgie de l'obésité ? OUI NON

Motif de la demande :
.....
.....

Pathologies présentes-----

- Diabète OUI NON
- HTA ou IDM ou AVC OUI NON
- Apnées du Sommeil OUI NON
- Difficultés de déplacement ? (fauteuil, béquilles, attelle, etc.) OUI NON
- Traitement psychotropes ou pathologie psychique OUI NON
- Pathologie sévère associée (ex : maladie chronique inflammatoire, néoplasie, etc.) :

Addiction (tabac, alcool, autre) :

Demande établie par : en date du :

Signature / cachet du Médecin