



Demande d'admission pour traitement médicamenteux de l'obésité en HDJ

Document à compléter OBLIGATOIREMENT par le médecin traitant ou autre médecin

A envoyer complété avec les pièces jointes à instituteuropeendudiabete@hopital-europeen.fr

1. MÉDECIN ADRESSEUR

Nom Prénom :

Adresse :

Téléphone : E-mail sécurisé :

Endocrinologue référent (si suivi) ☐ NON ☐ OUI Nom :

Psychiatre référent (si suivi) ☐ NON ☐ OUI Nom :

2. IDENTIFICATION DU PATIENT

Nom : Prénom :

Date de naissance :/...../..... Âge :

Téléphone : E-mail :

3. SITUATION ACTUELLE

Anthropométrie : Poids : kg Taille : cm IMC : kg/m²

Patient déjà traité par un TMO? ☐ OUI ☐ NON ☐ EN COURS

Si oui Molécule : Date d'instauration :/...../.....

IMC au moment de l'instauration : ☐ ≥ 40 kg/m² ☐ ≥ 35 kg/m² avec comorbidité(s) (**voir Q° 7**)

4. PRISES EN CHARGE DÉJÀ RÉALISÉES

Le patient a-t-il déjà bénéficié de :

Oui

Non

☐☐

Dietéticien(ne)

☐☐

Activité Physique Adaptée (APA)

☐☐

Psychologue

☐☐

Psychiatre

☐☐

Éducation thérapeutique

☐☐

Séjour en centre spécialisé obésité (CSO)

☐☐

Séjour en centre diététique/cure nutritionnelle

☐☐

Chirurgie bariatrique

☐☐

Autres :

5. ANTÉCÉDENTS IMPORTANTS

Antécédents digestifs

☐ Pancréatite

☐ Cholécystectomie

☐ Lithiase biliaire

☐ Gastrectomie/gastroparésie sévère

☐ Autres :

Antécédents endocriniens

☐ Syndrome de néoplasie endocrinienne multiple de type 2 (NEM2)

☐ Carcinome médullaire de la thyroïde (CMT) familial ou personnel

☐ Autres :

Antécédents psychiatriques

☐ Dépression

☐ Trouble bipolaire

☐ Tentative de suicide

☐ Troubles du comportement alimentaire

☐ Addictions

☐ Hospitalisation psychiatrique

Autres :

☐ Projet de grossesse, grossesse en cours ou période d'allaitement

☐ PMA

☐ Autres antécédents importants :

6. TRAITEMENTS EN COURS

☐ Dernière ordonnance jointe

7. COMORBIDITÉS ASSOCIÉES

Merci de joindre les comptes rendus si disponibles. * *courrier du spécialiste concerné*

Oui	Non	Ne sait pas	
☐	☐	☐	Diabète de type 2
☐	☐	☐	HTA traitée
☐	☐	☐	Hypertriglycéridémie > 5 g/L résistante trt habituel
☐	☐	☐	MASH ou fibrose hépatique*
☐	☐	☐	SOPK femme en âge procréer*
☐	☐	☐	Infertilité liée à l'obésité avec projet PMA*
☐	☐	☐	Maladie rénale chronique, IR sévère ou terminale*
☐	☐	☐	SAHOS avec IAH $\geq 15/h$ *
☐	☐	☐	Asthme sévère en lien avec l'obésité*
☐	☐	☐	Lombalgies chronique, arthrose invalidante*
☐	☐	☐	Incontinence urinaire invalidante*
☐	☐	☐	Hernie pariétale/éventration symptomatique ou complexe*
☐	☐	☐	Hypertension intracrânienne idiopathique*
☐	☐	☐	Handicap moteur avec ou sans paraplégie*
☐	☐	☐	Autre complication liée à l'obésité :

Intervention conditionnée à une perte de poids ? ☐ OUI ☐ NON Date envisagée :/...../.....

☐ Assistance Médicale à la Procréation (AMP)	☐ Traitement de l'infertilité
☐ Chirurgie programmée	☐ Transplantation rénale ☐ Chirurgie orthopédique
☐ Cure d'éventration	☐ Hernie pariétale ☐ Autre :

8. DOCUMENTS À JOINDRE

Obligatoires :

☐ Dernier bilan biologique ☐ Courrier du médecin traitant ☐ Dernière ordonnance

Facultatifs :

☐ Polysomnographie/polygraphie ventilatoire ☐ Échographie hépatique

☐ Imagerie pertinente

☐ Courrier rhumatologue/orthopédiste confirmant bénéfices attendus par la perte de poids

☐ Courrier gynécologue pour projet PMA

☐ Courrier gynécologue/urologue confirmant amélioration incontinence urinaire suite perte de poids

- ☐ Courrier pneumologue/ORL/allergologue
- ☐ Courrier néphrologue
- ☐ Courrier chirurgien digestif pour perte de poids avant chirurgie pariétale
- ☐ Courrier neurologue ou Service de Médecine Physique et de Réadaptation (MPR)
- ☐ Autres spécialistes demandant perte de poids significative pour amélioration complication

9. MOTIF DE LA DEMANDE

- ☐ Évaluation indication d'un traitement médicamenteux de l'obésité
- ☐ Initiation d'un TMO ☐ Optimisation d'un traitement déjà instauré
- ☐ Avis avant chirurgie bariatrique ☐ Autre :

10. SOUHAIT DU MÉDECIN ADRESSEUR POUR SUIVI ET COMMENTAIRES

- | | | |
|------------|--|---|
| M1 | ☐ Suivi Médecin adresseur | ☐ Téléconsultation Service de Diabétologie |
| M3 | ☐ Suivi Médecin adresseur | ☐ Suivi HDJ |
| M6 | ☐ Suivi Médecin adresseur | ☐ Suivi HDJ |
| M12 | ☐ Suivi Médecin adresseur | ☐ Suivi HDJ |
| M18 | ☐ Suivi Médecin adresseur | ☐ Suivi HDJ |

Commentaires :

Date :/...../.....

Cachet et signature :

Critères d'orientation rapide : ☐ IMC ≥ 40 kg/m² ☐ IMC ≥ 35 kg/m² + comorbidité(s)
(conditions de remboursement) ET Echec d'une prise en charge bien conduite ET

- ☐ TMO en cours payant
- ☐ SOPK /hypofécondité et/ou demande de PMA conditionnée à une perte de poids
- ☐ Chirurgie nécessitant une perte pondérale préalable
- ☐ Si IMC ≥ 45 kg/m² et/ou Situation complexe nécessitant une évaluation multidisciplinaire : adresser au Centre Spécialisé de l'Obésité - csso@ap-hm.fr