

Fiche de demande	Date :
------------------	--------

Mr Mme Mlle	Nom :	Prénom :	
Adresse :		Ville :	Code postal :
Tel domicile :		Travail :	Portable :
Adresse E mail :			
Date de naissance :			
Poids (kg) :	Taille (m) :		

Nom du médecin qui vous adresse :

Coordonnées du/des médecin(s) à qui vous souhaitez que nous adressions le compte rendu d'hospitalisation :

Nom du médecin du service auquel vous êtes recommandé(e) :

Consultez vous pour une chirurgie de l'obésité (anneau ou autre) ?	Oui	Non
--	-----	-----

Principaux problèmes médicaux :

Hypertension	Oui	Non
Problème cardiaque	Oui	Non
Diabète	Oui	Non
Excès de Cholesterol, excès de triglycerides	Oui	Non
Problème articulaire	Oui	Non
Syndrome d'apnée du sommeil	Oui	Non
Maladie génétique	Oui	Non
Autres...		

Vos impossibilités pour certains jours de consultation :

Vos médicaments actuels :