

**Demande d’inclusion**

**parcours d’éducation thérapeutique « Surpoids de l’adulte »**

*Je vous confie Mr Mme……………………………………………………………………………,*

 *né(e) le …..… /….… /…..... Tél : …… …… …… …… ……*

**A ce jour :** IMC\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Traitements**

*...............................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................*

**Facteurs de risques associés**

*...............................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................*

**Autres problèmes de santé**

*...................................................................................................................................................................................................................................................................*

*................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................*

**Difficultés psychosociales ? □ non □ oui,** lesquelles

*...................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................*

Cachet du médecin

A*...............................................* le *……………………………………………*

Signature