

## Document à faire remplir par votre médecin traitant

Nom	
Prénom	
Date de naissance	
Coordonnées du médecin traitant	

<u>Comorbidités</u>	Oui	Non
Diabète		
HTA		
SAOS		
Dyslipidémie		
NASH ou fibrose		
Arthrose invalidante		
Incontinence urinaire		
SOPK		
Handicap moteur		

Clinique :

Poids :

Taille :

IMC :

Autonomie :

Aide technique marche : oui / non

Aide à la toilette : oui / non

Périmètre de marche : < 500m / 100-500m / < 100m

Antécédents divers :

  
  
  
  
  
  
  
  
  
  

Antécédents chirurgie obésité :

  
  
  
  
  
  
  
  
  
  

Antécédents psychiatriques (troubles humeur, anxieux, psychologiques, TCA, addictions) :

Biologie récente :

GAJ :

HBA1C :

EAL :

DFG :

Créatinine :

Ionogramme plasmatique :

ASAT :

ALAT :

GGT :

TSH :

Traitements :

Divers :

A faire parvenir par mail le CSO : [contact@cso-corse.fr](mailto:contact@cso-corse.fr)