



Pré & Post Chirurgie Bariatrique

- **Accompagnement de 6 mois avant l'opération**
 - *6 journées spécifiques*
 - *1 journée par mois pendant 6 mois*
 - *Tous les 1^{ers} Vendredis du mois, de 9h à 15h.*
- **Suivi post opératoire**
- **En lien direct avec l'équipe d'intervention**

Un Programme dédié

Matin (9h-12h)

- **Consultations** - Médecin Nutritionniste - Diététicienne - Psychologue
- **Activité Physique Adaptée**

Repas diététique

Après-Midi (13h30-15h)

- **Atelier d'éducation thérapeutique**
 - Cours de cuisine
 - Ou
 - Atelier Diététique
 - Ou
 - Atelier Psychologique



Clinique Saint-Laurent



Dossier Médical d'Admission

Civilité et informations personnelles :

Nom : Épouse :

Prénom :

Né(e) le

Adresse :

Téléphone : Mail :

N° sécurité sociale : ____ - ____ - ____ - ____ - ____

Médecin Traitant déclaré : N° tél médecin :

Nom du médecin proposant l'admission : N° tél médecin :

De quelle caisse d'assurance maladie dépendez-vous ?

Diagnostic précis des pathologies ou de l'intervention motivant l'admission :

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Obésité | <input type="checkbox"/> Maigreux |
| <input type="checkbox"/> Dénutrition | <input type="checkbox"/> Soins en lien avec une chirurgie digestive |
| <input type="checkbox"/> Diabète | <input type="checkbox"/> Soins en lien avec une chirurgie bariatrique |
| <input type="checkbox"/> Trouble du comportement alimentaire [TCA] | |

Autres (précisez) :

.....

Poids habituel : Poids actuel : Taille : IMC :

Objectif Médical

.....

.....

.....

.....

Traitements en cours (Ou joindre ordonnances en cours)

Motricité	Alimentation	Etat psychique	Etat respiratoire
<input type="checkbox"/> valide	<input type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/> normal
<input type="checkbox"/> cannes	<input type="checkbox"/> avec aide	<input type="checkbox"/> dépressif	<input type="checkbox"/> oxygène
<input type="checkbox"/> déambulateur	<input type="checkbox"/> haché	<input type="checkbox"/> anxieux	
<input type="checkbox"/> fauteuil roulant	<input type="checkbox"/> mixé	<input type="checkbox"/> risque suicidaire	

Etablissement (le cas échéant) :

Fait à

Le :

Tampon et Signature :

Dossier à nous retourner
par courrier, mail ou fax

CLINIQUE SAINT-LAURENT
 Quartier Le Repos – 13360 Roquevaire
 Tél. + 33(0)4 42 84 50 50 / Fax + 33 (0)4 42 04 27 93
 admissions.stlaurent@groupecolisee.com