

Orienter un patient

Nous vous remercions d'avoir orienté votre patient vers impulse-etp.

Nous vous invitons à renseigner les coordonnées de votre patient ainsi que les critères qui lui correspondent. Il sera recontacté par nos équipes, qui prendra contact avec son médecin, pour valider l'inclusion.

- Consentement** : le patient donne son accord et accepte d'être rappelé par un référent pour intégrer le programme impulse-etp

Nom du patient Prénom

Date de naissance / / Téléphone Code postal

Mail

Orienté par (nom et coordonnées)

.....

Médecin traitant (nom et coordonnées)

.....

Contactez l'équipe Impulse-etp : Tél : 06 60 44 34 82 - impulse-etp@na.mssante.fr

Quels sont les critères d'inclusion ?



L'inclusion ne peut se faire que si vous cochez au moins une des cases suivantes :

Surpoids : IMC \geq 25 et IMC \leq 29.9

Critères cliniques :

- Présence d'au moins une comorbidité
- Antécédents familiaux
- Périmètre abdominal : > 88 cm pour les femmes ou > 102 cm pour les hommes
- Situation de grossesse (dès la phase d'amorçage du projet de grossesse, si la personne est déjà en situation de surpoids, et jusqu'à 1 an en post-partum)
- Prise de poids rapide sur les 2 dernières années

Critères sociaux :

- Situation de précarité
- Situation de handicap

Obésité modérée : IMC \geq 30 et IMC \leq 34.9

- Aucun critère supplémentaire exigé

Obésité sévère : IMC \geq 35 et IMC \leq 39.9

- Absence de comorbidité

En cas de comorbidité, merci de vous rapprocher du CSO.

Lors de l'entretien individuel, seront identifiés les problématiques (habitudes alimentaires, confiance en soi, sommeil, activité physique...) et/ou les besoins des usagers. Un point sera fait avec eux quant à leurs motivations à s'engager dans un parcours d'accompagnement en lien avec leur surpoids/obésité

Quels sont les critères d'exclusion ?

Sont exclus tous les patients présentant : un IMC inférieur à 25 ou supérieur à 40
ou une hyperphagie boulimique non stabilisée **ou** trouble psychiatrique non stabilisé.

Inclusion – partie réservée au professionnel médical

Je valide l'inclusion de mon patient dans impulse-etp ainsi que les critères d'inclusion renseignés ci dessus.

Date/..../....

Tampon

Toutes observations complémentaires que vous jugerez utiles

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....