# Lettre de référence médicale pour la clinique de l’obésité

**Données du patient**

Nom : ......................................................... Prénom : ......................................

Date de naissance : ...........................................

Poids : ………………. Taille : ………………. IMC : ……………….

**Historique du poids**

* Pas encore d’interventions
* Régimes répétés
* A déjà subi une chirurgie bariatrique, précisez ........................................................
* Anneau gastrique
* Sleeve gastrique
* Pontage gastrique
* Reprise de poids (prise de poids après une chirurgie bariatrique)
* Médicaments
* Autres

*Plaintes actuelles*

*Médicaments*

**Co-morbidités connues** :

* Diabète
* Reflux (RGO)
* Hypertension artérielle
* Apnée du sommeil (SAOS)

**Autre :**

..............................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

**Options thérapeutiques souhaitées pour votre patient :**

* Chirurgie bariatrique
* Thérapie de groupe
* Parcours individuel
* Autre

Signature du médecin

# Informations destinées au patient

Il vous est demandé d’effectuer les tests de laboratoire ci-dessous **à jeun** chez votre médecin généraliste :

Hémoglobine Sodium TSH

Globules rouges + hématocrite Potassium T4 libre

Globules blancs Chlorure Peptide C à jeun

Plaquettes Bicarbonate

Différenciation globules blancs Urée FSH

Temps de prothrombine Créatinine LH

TCA Acide urique Prolactine

Protéines totales

Fer Albumine Testostérone

Transferrine + % saturation Calcium total SHBG

Ferritine Phosphate Œstradiol

Vitamine B12 Glucose

Folate (sérum) HbA1c 25-hydroxyvitamine D

Folate (globules rouges) Phosphatase alcaline Parathormone (PTH) 1-84

AST

Vitamine A ALT IGF-1

Vitamine E Gamma-GT

Bilirubine totale Cortisol

Lipase Transcortine

LDH

CRP

Cholestérol total

Triglycérides

HDL + LDL calculé + non-HDL calculé

On vous enverra un rendez-vous pour une consultation.

Merci d’apporter, lors de cette consultation, la lettre de référence du médecin généraliste ainsi que les résultats de la prise de sang à jeun.

Vous apporterez également vos urines de 24 heures :

Instructions pour la collecte d’urines de 24 heures :

Il est important de collecter vos urines pendant 24 heures pour qu’elles puissent être analysées.

Vous commencerez à collecter vos urines la veille de votre consultation à l’hôpital.

Pour ce faire, procédez comme suit :

* La veille de votre arrivée à l’hôpital, vous éliminerez vos premières urines dans les toilettes en vous levant le matin.
* Puis vous récolterez toutes les urines de la journée et de la nuit dans un bidon orange ou une bouteille propre.
* Vous récolterez également les premières urines du lendemain matin dans le même bidon ou bouteille.

Vous aurez ainsi collecté correctement toutes les urines de 24 heures.

Refermez bien le bouchon du bidon.

Collez votre nom et votre date de naissance sur le bidon.