**PRESCRIPTION DIÉTÉTIQUE POUR**

**TRAITEMENT AMBULATOIRE À L’HÔPITAL**

 (selon l’art 9b OPAS | selon tarif des conseils nutritionnels en ambulatoire H+)

**Données personnelles du/de la patient-e**

[ ]  m [ ]  f

Nom

Prénom

Date de naissance

Rue

NPA/Lieu

Tél. privé

Employeur

Tél. prof.

Assureur-maladie

N° d’assuré(e) / AVS

[ ]  Maladie [ ]  Accident [ ]  Invalidité

Nombre de consultations

[ ]  Conseil avec travail supplémentaire

[ ]  En cas de besoin, il est possible de faire deux consultations par jour

**Adresse du/de la médecin responsable**

**Adresse du/de la diététicien-ne**

**Maladie**

[ ]  Troubles du métabolisme

[ ]  Obésité (IMC ≥ 30 kg/m2)

[ ]  Surpoids (IMC ≥ 25 kg/m2), associé à une affection secondaire, sur laquelle la perte de poids peut avoir une influence favorable

[ ]  Obésité des enfants et adolescents (indice de masse corporelle > 97e percentile). Ou indice de masse corporelle > 90e percentile et maladies concomitantes causées par le surpoids
ou combinées à ce dernier, selon l’annexe 1, chapitre 4 OPAS
[ ]  1. Thérapie individuelle (max. 6 consultations dans l’intervalle de 6 mois)
[ ]  2. Traitement multi-professionnel structuré individuel (MSIT)

[ ]  Maladies cardio-vasculaires

[ ]  Maladies du système digestif

[ ]  Maladies des reins

[ ]  Etats de malnutrition ou de dénutrition

[ ]  Allergies alimentaires ou réactions allergiques dues à l’alimentation

Date/Signature médecin : Date/Signature diététicien/ne :

     ,            ,

(Cachet avec n° RCC) (Cachet avec n° RCC)

Les conditions de protection des données respectives des partenaires contractuels s'appliquent.

 ✂

**Informations pour le/la diététicien-ne**

Médicaments :

Résultats d’analyse actuels :

Diagnostic précis :

Langue du/de la patient-e :

Remarques :

Rapport concernant le déroulement de la consultation :
[ ]  par écrit [ ]  par téléphone