

FORMULAIRE DE PRÉ-ADMISSION

À nous retourner par mail, fax ou par courrier

Clinique OMEGA

6 rue Simon Pernic

97420 LE PORT

Tel : 02 62 420 430

Fax : 02 62 57 63 93

cliniqueomega@cliniqueomega.com**A retourner avec les documents suivants :**

- Dernier Bilan sanguin

- Ordonnance habituelle

Formulaire de pré-admission sur : <https://aurar.fr/nutrition> Homme Femme

Nom : _____ Prénom(s) : _____

Date de naissance : ____/____/____ Téléphone : _____

Poids : _____ Taille : _____ IMC : _____ (si > 40 : avis cardiologique obligatoire)

MOTIF DE PRISE EN CHARGE AU SEIN DE LA CLINIQUE OMEGA : Obésité (IMC >30 ou >27 avec HTA, Diabète, Troubles du comportement alimentaire ou autres maladies métaboliques) Diabète (quelque soit l'IMC) : Rééducation et rééquilibrage du diabète Pose de pompe à insuline en ambulatoire et/ou holter glycémique Diabète gestationnel Parcours de préchirurgie bariatrique (équipe chirurgicale : _____) Post chirurgie bariatrique (date opération : _____) Insuffisance rénale chronique**CERTIFICAT DE SPORT : (A faire remplir par votre médecin)** Le(a) patient.e ne présente pas de contre-indication à la pratique d'une Activité Physique Adaptée Le(a) patient.e présente une contre-indication à la pratique d'une Activité Physique Adaptée**ECG** : Oui Non Date : _____ Résultats : _____

Autres informations : _____

Troubles de nature à gêner la vie en collectivité : Oui Non**Cachet du médecin (obligatoire)****Signature du médecin (obligatoire)**