

PRESCRIPTION DIÉTÉTIQUE

(selon l'art 9b OPAS)

Données personnelles du/de la patient-e

Nom

Prénom

☐ m ☐ f

Date de naissance

Rue

NPA/Lieu

Tél. privé

Employeur

Tél. prof.

Assureur-maladie

N° d'assuré(e)

☐ Maladie ☐ Accident ☐ Invalidité

Nombre de consultations

Adresse du/de la diététicien-ne

Maladie

- ☐ Troubles du métabolisme
- ☐ Obésité des adultes (indice de masse corporelle de plus de 30) et maladies concomitantes causées par le surpoids ou combinées à ce dernier
- ☐ Obésité des enfants et adolescents (indice de masse corporelle > 97^e percentile). Ou indice de masse corporelle > 90^e 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

Adresse du/de la médecin responsable

Date/Signature médecin :

Date/Signature diététicien/ne :

(Cachet avec n° RCC)

(Cachet avec n° RCC)

----- ✂ -----

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