

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