**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 médecin responsable**

**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 > 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)

"

**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