

## 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<sup>e</sup> percentile). Ou indice de masse corporelle > 90<sup>e</sup> 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