

**HÔPITAL LARREY**  
24, chemin de Pouvoirville  
TSA 30030  
31059 Toulouse Cedex 9  
Coda Fitness: 310019351

**PÔLE CARDIO-VASCULAIRE ET METABOLIQUE  
SERVICE D'ENDOCRINOLOGIE MALADIES METABOLIQUES**

**NUTRITION**

Professeur P. RITZ  
Chef de Service

Endocrinologie Maladies  
Métaboliques  
4<sup>ème</sup> Etage

Professeur D. VEZZOSI  
PU- PH  
Docteur S. GRUNENWALD  
Praticien Hospitalier  
Docteur C. MOULY  
Praticien Hospitalier  
Docteur A. GESLOT  
Chef de clinique Assistant des Hôpitaux

Consultation  
Prise de rendez-vous : 05 67 77 16 70

Hospitalisation de Jour  
Accueil : 05 67 77 17 15  
Télécopie : 05 67 77 17 34

Hospitalisation de semaine  
Accueil : 05 67 77 16 49  
Télécopie : 05 67 77 14 29

Secrétariat médical : 05 67 77 17 01  
Télécopie : 05 67 77 16 72

**HÔPITAL RANGUEIL**  
1 avenue du Pr Jean Poulhès  
TSA 50032  
31059 Toulouse Cedex 9  
Code Fitness : 310783055

**PÔLE CARDIO-VASCULAIRE  
ET METABOLIQUE**

**SERVICE  
D'ENDOCRINOLOGIE  
MALADIES METABOLIQUES  
NUTRITION**

Professeur P. RITZ  
Chef de Service

**Nutrition Maladies Métaboliques**

Docteur E. MONTASTIER  
MCU - PH  
Docteur M. BERTRAND  
Praticien Hospitalier  
Docteur A. ESTRADÉ  
Praticien Hospitalier  
Docteur A. GHISOLFI  
Praticien Hospitalier  
Docteur L. GRAILLAT  
Chef de clinique Assistant des Hôpitaux

Secrétariat médical : 05 61 32 30 89  
Télécopie : 05 61 32 31 09

CONSULTATION  
Bâtiment H1 – Rez-de-chaussée  
Rendez-vous : 05 61 32 30 57

HOSPITALISATION DE JOUR  
Bâtiment H1 – Rez-de-chaussée  
Programmation rendez-vous :  
05 61 32 22 76

HOSPITALISATION DE SEMAINE  
Bâtiment H2 – 6<sup>ème</sup> étage  
Programmation rendez-vous :  
05 61 32 27 78  
Secrétariat médical : 05 61 32 27 86

UNITE TRANSVERSALE DE  
NUTRITION CLINIQUE  
Secrétariat médical : 05 61 32 37 34

Bonjour,

Vous sollicitez un rendez-vous de consultation dans l'Unité de Nutrition. Ce questionnaire a pour objet de bien définir qui vous verra en consultation. Merci de cocher les réponses qui vous correspondent. Si vous ne vous reconnaissez pas dans ces situations, prenez conseil auprès de votre médecin traitant qui vous aidera à faire la demande de consultation. Vous serez recontacté(e) par la suite.

Nom – Prénom :

Date de naissance :

Téléphone(s) :

Mail :

Adresse postale complète (bâtiment, étage, appartement...) :

Date de la demande :

Signature :

● **J'ai un excès de poids :**

Mon poids : ..... kg - Ma taille : ..... m

Et :

- J'ai un essoufflement très important ou une insuffisance respiratoire
- J'ai une maladie psychiatrique
- J'ai une insuffisance cardiaque ou rénale
- Je suis adulte handicapé
- Je perds le contrôle sur l'alimentation, l'alimentation domine ma vie
- J'ai un cancer en cours de traitement
- J'ai un diabète
- J'ai trop de cholestérol
- J'ai un syndrome d'apnée du sommeil
- J'ai une hypertension artérielle,
- J'ai de l'arthrose, et/ou des douleurs articulaires
- J'ai une souffrance psychologique
- J'ai fait de nombreux régimes

• **Ma demande concerne la chirurgie de l'obésité :**

- Je souhaite une chirurgie de l'obésité : ce parcours commence par une consultation de chirurgie digestive, veuillez contacter le 05 61 32 34 10
- J'ai eu une chirurgie de l'obésité et :
  - Je vomis plusieurs fois par semaine
  - J'ai des difficultés à marcher, je perds l'équilibre, j'ai du mal à me concentrer
  - Je fais des malaises
  - J'ai des douleurs abdominales
  - J'ai la diarrhée
  - J'ai des anomalies à la prise de sang
  - J'ai repris du poids, combien ..... kg
  - Je suis enceinte ou j'envisage une grossesse
  - Je voudrais reprendre un suivi (j'ai déménagé, j'ai besoin de faire le point...)

• **Ma demande concerne un poids trop faible, une perte de poids ou des troubles alimentaires :**

- Je perds ou j'ai perdu du poids :
  - Poids habituel ..... kg (date : .....)
  - Poids actuel ..... kg (date : .....) taille ..... m
  - J'ai perdu récemment ..... kg en ..... (ex : 3 semaines, 2 mois, 1 an...)
- J'ai une anorexie
- Je ne mange plus ou quasiment plus
- J'ai des malaises
- Je suis épuisé(e) (je ne peux plus assurer mes études, ou mon activité professionnelle, ou les activités de la vie quotidienne)
- J'ai des crises de boulimie avec vomissements plusieurs fois par semaine
- Je prends du potassium (DIFFU-K, KALEORID) et mon médecin surveille mes prises de sang
- Je ne prends pas de potassium, ou mon médecin ne surveille pas mes prises de sang

• **Ma demande concerne une greffe d'organe (rein, cœur, foie...) et le chirurgien demande que je perde du poids :**

- Le donneur d'organe est vivant
- J'attends un organe disponible

• **Je suis en demande de Procréation Médicalement Assistée (PMA)**

---

Secrétariat Unité de Nutrition  
HOPITAL RANGUEIL  
BAT H2 – 6<sup>ème</sup> étage  
1 avenue du Pr Jean Poulhes  
31059 TOULOUSE Cedex 9  
Tel : 05.61.32.27.86 - Rendez-vous 1<sup>ère</sup> fois  
Mail : [nutrition.acc@chu-toulouse.fr](mailto:nutrition.acc@chu-toulouse.fr)