

FICHE DE DEMANDE DE PRESCRIPTION d'un TMO

Nom du médecin :

Date de la demande :

IDENTITÉ DU PATIENT

NOM de naissance :	Prénom :
NOM usuel :	Sexe :
Date de naissance :	Age :

ANTECEDENTS

DONNÉES ANTHROPOMÉTRIQUES

Taille :	
Poids actuel :	IMC actuel :
Poids max :	IMC max :
Si déjà sous TMO, poids à l'initiation du TMO :	IMC initial TMO :
Si antécédent de chirurgie bariatrique, poids au moment de la chirurgie :	IMC TO chir :

Evolution du poids suite aux différentes prises en charge de l'obésité (modifications du mode de vie, chirurgie(s) bariatrique(s), TMO, ...) :

COMORBIDITES ASSOCIEES		Précisions
<input type="checkbox"/>	Diabète de type 2	
<input type="checkbox"/>	HTA nécessitant un traitement médicamenteux	
<input type="checkbox"/>	Hypertriglycéridémie > 5 g/L contrôlée à plusieurs reprises, en dehors de toute consommation d'alcool et en dehors du déséquilibre d'un diabète de type 2) et résistante au traitement habituel comprenant les mesures nutritionnelles	
<input type="checkbox"/>	Stéatohépatite non alcoolique (MASH) ou une fibrose hépatique (quel que soit le stade de la fibrose jusqu'au stade de cirrhose Child A, après accord avec l'hépatologue).	
<input type="checkbox"/>	Syndrome des ovaires polykystiques chez la patiente en âge de procréer	
<input type="checkbox"/>	Problème de fertilité masculine ou féminine avec un projet d'AMP, sur proposition de l'équipe d'AMP	
<input type="checkbox"/>	Maladie rénale chronique (jusqu'au stade d'IRC modérée : stade 3A ou 3B) après avis du néphrologue, voire une insuffisance rénale sévère ou terminale avec un projet de transplantation rénale.	
<input type="checkbox"/>	SAHOS avec un IAH \geq 15/h	
<input type="checkbox"/>	Asthme sévère en lien avec l'obésité après avis d'un pneumologue, d'un ORL et/ou d'un allergologue	
<input type="checkbox"/>	Lombalgies chroniques, une coxarthrose, une gonarthrose, invalidantes documentées, après avis rhumatologique et/ou orthopédique confirmant les bénéfices attendus par la perte de poids	
<input type="checkbox"/>	Incontinence urinaire invalidante ne répondant pas aux modifications thérapeutiques du mode de vie associées aux traitements médicamenteux de l'incontinence urinaire et si besoin de la constipation, après confirmation par un gynécologue ou un urologue que la perte de poids est susceptible d'améliorer les troubles urinaires ;	
<input type="checkbox"/>	Hernie pariétale ou une éventration symptomatique ou complexe dont le traitement chirurgical impose une perte de poids avant la chirurgie pariétale ;	
<input type="checkbox"/>	Hypertension intracrânienne idiopathique résistant à une prise en charge neurologique bien conduite	
<input type="checkbox"/>	Présence d'un handicap moteur avec ou sans paraplégie, après avis d'un médecin de médecine physique et de réadaptation (MPR) ou d'un neurologue.	

PRISE EN CHARGE ANTERIEURE

Date de début de la prise en charge de l'obésité :

Echec ou insuffisance d'une prise en charge centrée sur le mode de vie (nutritionnelle, comportementale et en activité physique de première intention), d'une durée d'au moins 6 mois :

Oui Non

EXAMENS ET VIGILANCES AVANT INSTAURATION

Points de vigilance		Précisions
Échographie hépatobiliaire réalisée	<input type="checkbox"/> Absence de lithiase <input type="checkbox"/> Cholécystectomie <input type="checkbox"/> Lithiase vésiculaire asymptomatique <input type="checkbox"/> Lithiase vésiculaire symptomatique	
Antécédents de pancréatite aiguë	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Insuffisance rénale chronique sévère ou terminale	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Insuffisance hépatique sévère	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Si patient diabétique, fond œil réalisé	<input type="checkbox"/> Pas de rétinopathie <input type="checkbox"/> Rétinopathie traitée	
Grossesse en cours	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Femme en âge de procréer : contraception efficace	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	

PROJET DE SOIN

<u>Prescription d'un TMO</u>	<u>Molécules / dosage</u>
<input type="checkbox"/> Initiation d'un TMO <input type="checkbox"/> Poursuite d'un TMO déjà initié	<input type="checkbox"/> WEGOVY® : <input type="checkbox"/> 0.25 mg – <input type="checkbox"/> 0.5 mg – <input type="checkbox"/> 1 mg – <input type="checkbox"/> 1.7 mg – <input type="checkbox"/> 2.4 mg – <input type="checkbox"/> 7.2 mg <input type="checkbox"/> MOUNJARO® : <input type="checkbox"/> 2.5 mg – <input type="checkbox"/> 5 mg – <input type="checkbox"/> 7.5 mg – <input type="checkbox"/> 10 mg – <input type="checkbox"/> 12.5 mg – <input type="checkbox"/> 15 mg

COMMENTAIRES