

Code patient

Fiche de liaison  
Consultation Diététique

Nom et Prénom du professionnel de santé adhérent au réseau\*

Consultation initiale

Consultation de suivi

Date de la consultation

Nom et prénom du patient

Coordonnées téléphoniques

Date d'inclusion dans le ROI

Le patient s'est présenté au RV :  OUI  NON

Difficultés rencontrées/ remarques / informations à transmettre :

Proposition de suspendre le suivi:  OUI  NON

Proposition de réorienter vers un autre diététicien :  OUI  NON

Protocole actuel : A B C

Proposition de changement de protocole en : A B ou C (en cas de prise en charge renouvelée, justifier la proposition du protocole C)

Poids  Taille  IMC  ↗ → ↘

Activité physique (type d'activités et nbr d'heures/semaine) :

- scolaire :

- extrascolaire :

Fait à ....., le .....

Signature :

Cette fiche doit être renvoyée à la coordination du réseau afin que le professionnel de santé puisse obtenir la dérogation tarifaire.

\* Le professionnel a préalablement signé l'engagement conventionnel des professionnels de santé du réseau.