



# PRESCRIPTION MÉDICALE

## POUR UNE PRISE EN SOIN DIÉTÉTIQUE

(selon l'AR des diététiciens du 19/02/1997)

Nom et prénom : ..... Date de naissance : ...../...../.....

### Prise en soin remboursées avec codes INAMI (nécessitant une prescription)

- Pré-trajet de soin (2 séances) +  Éducation au diabète (4 séances)  
 Trajet de soin :  Diabète  Insuffisance rénale  
 Surpoids / obésité chez l'enfant et l'ado (entre 6 et 17 ans)

### Prise en soin remboursées par la plupart des mutuelles (nécessitant une prescription)

Taille : ..... Poids : ..... IMC : .....

- Rééquilibrage alimentaire  
 Surpoids - obésité  
 Suivi post-gastrectomie (by-passe, sleeve...)  
 Troubles du comportement alimentaire (anorexie, boulimie, hyperphagie...)  
 Diabète type 1  Diabète type 2  Diabète gestationnel  
 Pré-diabète  Hyperglycémies réactionnelles  
 HTA  Hypercholestérolémie  Hypertriglycéridémie  
 Stéatose hépatique  Candidose  
 Constipation  Diarrhées  RGO  Syndrome de l'intestin irritable  
 RCUH  Crohn  Maladie coéliqua  Intolérance au lactose  
 Allergies alimentaires  Intolérance aux Fodmaps  Hypersensibilité au gluten  
 Insuffisance rénale  Goutte  
 Calculs rénaux :  oxalo-calcique  acide urique  
 Maigreur constitutionnelle  
 Préconceptionnel  Femme enceinte  Femme allaitante  
 Sportif  
 Dénutrition  Adaptation des textures  
 Alimentation végétarienne - végan  
 Autre : .....

A joindre : - Liste des médicaments et résultats d'analyses sanguines  
- Diagnostic précis et/ou remarques éventuelles

### Rapport de consultation diététique

à envoyer  par courrier  par téléphone  par email à .....@.....

Date et cachet du médecin :