

Demande d'évaluation de la sévérité de la

Elle doit nous être adressée , par mail : ls.endocrino-plateforme@chu-lyon.fr ou contacter le 04.78.86.10.78 pour une prise de rendez-vous.

Coordonnées :

NOM :

PRENOM :

Date de Naissance :

Adresse :

Téléphone :

Mail :

Demande :

Patient avec une stéatose hépatique (échographie abdominale < 1 an)

☐ OUI☐ NON

Patient âgé de moins de moins de 80 ans

☐ OUI☐ NON

Perturbation du bilan hépatique

☐ OUI☐ NON

OU FIB-4 > 1,30

☐ OUI☐ NON

Patient avec un facteur de risque métabolique **au moins un parmi :**

Diabète de type 2

☐ OUI☐ NON

HTA

☐ OUI☐ NON

Dyslipidémie

☐ OUI☐ NON

Surpoids (IMC ≥ 25 kg/m²)

☐ OUI☐ NON
$$\text{IMC} < 50 \text{ kg/m}^2$$
☐ OUI☐NON

Patient valide pouvant être pris en charge en ambulatoire

☐ OUI☐ NON**Informations complémentaires éventuelles :**[illegible]