



Dossier de demande d'admission : séjour initial

Modalité hospitalisation complète
ou hospitalisation de jour

Ce dossier comprend :

- Des informations pour votre demande d'admission
- Des informations sur votre future hospitalisation
- Formulaire n°1 : fiche administrative à compléter recto-verso
- Formulaire n°2 : fiche médicale à faire compléter par votre médecin (1 page)

**Centre de l'Obésité
Bernard Descottes**
SOINS MÉDICAUX ET DE RÉADAPTATION

GROUPE **vyv**

VOTRE ADMISSION

Le centre de l'obésité Bernard Descottes est un établissement hospitalier prenant en charge des patients en situation d'obésité.

Nous vous proposons d'être hospitalisé 22 jours durant lesquels vous suivrez un programme d'éducation thérapeutique prodigué par une équipe pluridisciplinaire.

Cette équipe vous accompagnera vers une évolution de votre mode de vie plus favorable, vous permettant ainsi d'avoir une meilleure qualité de vie et de devenir acteur de votre santé.

Le Centre de l'Obésité peut vous prendre en soins en hospitalisation complète ou en hospitalisation de jour, vous permettant de concilier votre vie personnelle et vos soins sur les trois semaines. Il vous sera demandé de choisir la modalité que vous souhaitez dans le formulaire n°1 : fiche administrative.

Critères d'admission dans le Centre

- Avoir plus de 16 ans,
- Avoir un indice de masse corporelle supérieur à 30,
- > Pour les couples en désir de grossesse, le seuil de l'indice de masse corporelle peut être supérieur ou égal à 27 (en fonction des antécédents du patient).

Si vous n'entrez pas dans ces critères, merci de joindre une lettre de motivation à votre dossier d'admission.

Prise en charge des frais de séjour

Les frais de séjours sont pris en charge à 80 % par votre régime obligatoire et à 20 % par votre régime complémentaire. L'établissement se charge de réaliser la demande d'accord de prise en charge avant votre admission. Le centre de l'obésité accepte les patients en CSS.

Choix de la chambre particulière

Le Centre de l'Obésité Bernard Descottes dispose majoritairement de chambres individuelles. Lors de votre demande d'admission, vous pouvez librement choisir de bénéficier d'une chambre seule, dont le tarif journalier est de 50 €. Nous vous encourageons à **vous renseigner auprès de votre complémentaire santé** dès votre demande d'admission, afin de savoir si celle-ci prend en charge la chambre particulière en secteur « rééducation » (code DMT 516 - FINESS 870016631) le temps de votre hospitalisation (22 jours).

Durée du séjour initial de 22 jours

Les hospitalisations ont lieu du lundi au lundi ou du mardi au mardi, pour une durée de 3 semaines minimum. Les sorties se font le lundi et le mardi matin à 8h15.

Transport

Pour les personnes étant domiciliées à plus de 150 kilomètres de l'établissement et nécessitant une prise en charge en transport sanitaire, il convient de faire établir par votre médecin une demande d'entente préalable à la constitution de votre dossier. Celle-ci devra être transmise à votre caisse d'assurance maladie dès à présent (pas besoin d'avoir la date d'admission). Le médecin conseil vous communiquera sa décision quant à la prise en charge du transport.

Pour les patients qui suivent le programme en hospitalisation de jour, il est possible de bénéficier d'une prise en charge de transport sanitaire. Pour cela nous vous conseillons de faire établir le bon de transport du premier rendez-vous par votre médecin prescripteur de votre demande d'hospitalisation.

Pour les autres journées nous vous établirons les prescriptions de transport.

VENIR AU CENTRE DE L'OBÉSITÉ BERNARD DESCOTTES

Vous habitez **à moins de 150 km** de Saint-Yrieix-la-Perche



Vous venez avec votre voiture personnelle ou vous vous faites accompagner par quelqu'un :
Aucune démarche nécessaire.



Vous venez en taxi ou VSL :
Il faut demander une prescription médicale de transport au médecin prescripteur du séjour.

Vous habitez **à plus de 150 km** de Saint-Yrieix-la-Perche



Vous venez avec votre voiture personnelle ou vous vous faites accompagner par quelqu'un :
Aucune démarche nécessaire.

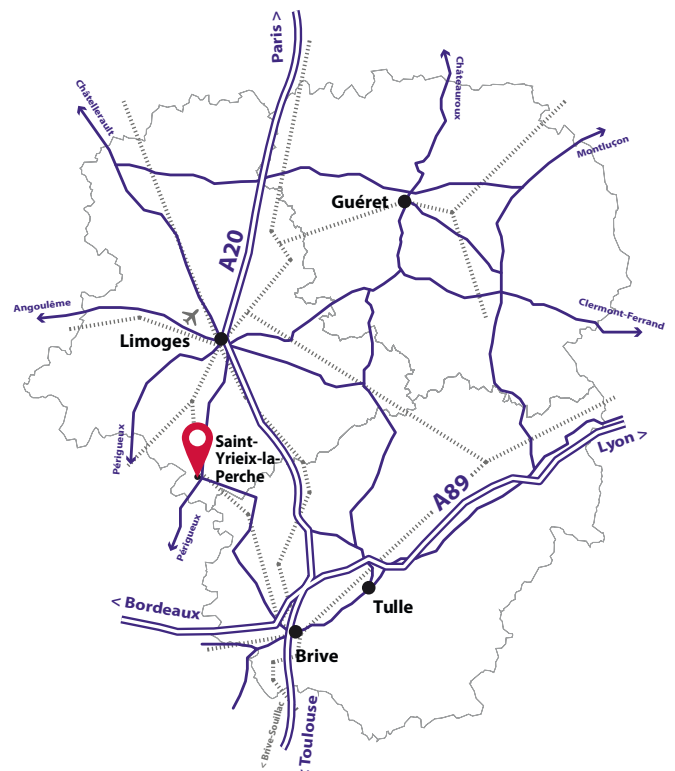


Vous venez en train :
Vérifiez les correspondances nécessaires pour venir et les horaires auprès de la SNCF.



Vous ne pouvez venir qu'en ambulance, taxi ou VSL :

Une demande d'entente préalable doit être faite par le médecin prescripteur au moins 21 jours avant l'entrée. Demandez une **confirmation écrite** de la prise en charge globale du transport à votre caisse.



Centre de l'Obésité Bernard Descottes

2 Pierrechave
87500 Saint-Yrieix-la-Perche

Tél. : 05 19 99 26 00

Mail : centreobesite@yyv3-cda.fr



VOTRE ADMISSION AU CENTRE

Suite à votre demande d'admission, si celle-ci est validée par la commission d'admission, vous serez contacté par téléphone et recevrez par courrier une convocation vous indiquant la date et l'horaire de votre arrivée au sein du Centre. **Merci de bien vouloir respecter cet horaire.**

Ce courrier sera accompagné d'un livret d'accueil qui sera à lire attentivement. Vous y trouverez des documents à compléter (à nous remettre le jour de l'arrivée). Le bilan biologique sera à réaliser 15 jours avant la date d'hospitalisation.

Jours et heures d'arrivée

Les admissions en hospitalisation complète au sein du Centre de l'Obésité Bernard Descottes ont lieu :

- le lundi de 8h15 à 9h45,
- le mardi de 8h15 à 9h45.

Vous rencontrerez chaque professionnel pour faire le bilan et définir vos objectifs de prise en soins.

Formalités à remplir à votre arrivée

À votre arrivée au Centre de l'Obésité Bernard Descottes, nous vous remercions de bien vouloir vous présenter à l'accueil avec les documents originaux suivants afin de valider votre admission :

- votre carte Vitale mise à jour,
- votre carte de complémentaire santé en cours de validité pour l'année,
- votre pièce d'identité (ou titre de séjour) en cours de validité,
- votre livret de famille, si votre pièce d'identité n'est pas conforme (changement de situation familiale, erreur de date de naissance, changement de nom...).

Vous devrez par la suite remettre à l'infirmière ou à l'aide-soignant qui vous accueillera les différentes pièces suivantes :

- votre ordonnance avec votre traitement en cours à votre admission,
- votre traitement actuel, dans leurs boîtes, avec votre nom : une boîte par médicament avec au moins une tablette. Le Centre de l'Obésité ne peut pas se servir de votre pilulier personnel par souci de traçabilité et de sécurité. Si vous prenez des médicaments **non remboursés** par Sécurité Sociale, merci de prévoir le **nombre suffisant pour 4 semaines**.

Effets personnels indispensables à votre prise en charge

Dans le cadre de la continuité des soins et afin de vous garantir une qualité de prise en charge optimale, nous vous remercions de bien vouloir apporter dès votre arrivée :

- un plaid, qui sera utilisé lors des séances de relaxation,
- une taie d'oreiller, qui protégera votre coussin de relaxation lors de ces séances,
- des vêtements de pluie et un sac à dos pour les marches en extérieur,
- une bouteille d'eau ou une gourde.

AUCUN ALIMENT PERSONNEL N'EST AUTORISÉ AU SEIN DE L'ÉTABLISSEMENT.

Votre hébergement au sein du Centre

Nous vous recommandons de ne pas garder sur vous d'argent ou d'objets de valeur. Vous aurez la possibilité de laisser gratuitement vos objets de valeur personnels au sein d'un dépôt de valeur centralisé durant votre séjour. Vous pourrez vous renseigner auprès du cadre de santé du Centre ou de l'accueil de l'établissement.

La direction décline toute responsabilité en cas de vol ou de détérioration d'effets personnels commis dans l'enceinte du Centre ou sur le parking de la structure.

L'établissement vous fournit les draps et couvertures. Vous êtes tenu d'apporter :

- vêtements,
- pyjama ou chemise de nuit (et robe de chambre),
- affaires de toilette, y compris serviettes de toilette ou peignoir,
- tenues de sport (vêtements et chaussures) adéquates pour activités de plein air et en salle, y compris un maillot de bain, un bonnet de bain, une serviette de bain, du gel douche et des claquettes uniquement dédiées à la balnéothérapie,
- un bloc-notes, un stylo et un porte-documents.

Une buanderie centrale (payante) vous permettra d'assurer l'entretien de votre linge personnel (tarifs disponibles à l'accueil).

Durant votre hospitalisation, une autorisation de sortie temporaire vous est accordée :

- 1h30 de sortie à pied par jour
- 3h de sortie en voiture par semaine
- de 13h30 à 18h30 le dimanche : sortie libre

Vous devez alors signer le registre prévu à cet effet.

Une autorisation de sortie n'excédant pas 12h consécutives, peut être demandée exceptionnellement. Elle sera soumise à l'accord du médecin coordonnateur et du directeur de l'établissement.

VOUS VOUS ENGAGEZ À SUIVRE LES 22 JOURS DU PROGRAMME D'ÉDUCATION THÉRAPEUTIQUE PROPOSÉ.

L'ensemble du personnel du Centre de l'Obésité Bernard Descottes reste à votre entière disposition pour toute information complémentaire.

En cas de souhait particulier, vous pouvez nous adresser, avec ce dossier d'admission, un courrier spécifique, daté et signé.

Centre de l'Obésité Bernard Descottes

2 Pierrehave
87500 Saint-Yrieix-la-Perche

Tél. : 05 19 99 26 00

Mail : centreobesite@vyv3-cda.fr



NOTICE D'INFORMATION

Aide au remplissage du dossier d'admission

PIÈCES JUSTIFICATIVES À FOURNIR

Afin de traiter votre demande d'admission en hospitalisation, nous vous remercions de bien vouloir nous fournir les pièces justificatives suivantes. Merci de ne pas découper les copies des documents (laisser au format A4).

- Copie de **VOTRE ATTESTATION PAPIER** de Sécurité sociale en cours de validité à la date de votre admission.
Cette attestation peut vous être fournie par votre Caisse d'Assurance Maladie. Merci de bien vouloir vérifier la période de validité de vos droits.
- Copie **recto-verso** de votre carte de complémentaire santé en cours de validité à la date de votre admission.
Votre carte mutuelle (ou assurance privée) vous est fournie par votre organisme de complémentaire santé. Merci de bien vouloir vérifier la période de validité de vos droits.
Si vous bénéficiez de la Complémentaire Santé Solidaire (CSS), nous vous remercions de bien vouloir nous faire parvenir l'attestation en cours de validité.
- Copie **recto-verso** de votre pièce d'identité en cours de validité à la date de votre admission.
Si vous êtes ressortissant étranger, merci de bien vouloir nous faire parvenir une copie de votre titre de séjour.
- Deux photos d'identité **RÉCENTES** (selfie accepté).
- Duplicata de l'ordonnance de votre traitement en cours.
- En cas d'intolérance alimentaire avérée (ou allergie), merci de nous fournir les documents biologiques correspondants (résultats de laboratoire ou autres...).
Seules les intolérances alimentaires justifiées par ces documents seront prises en considération.
- Bilan psychiatrique : pour tout patient **ayant déjà un suivi**, merci de joindre un compte-rendu récent du spécialiste.
- Prise de sang : une ordonnance vous sera rédigée par votre médecin prescripteur (cf formulaire n°2), afin de faire un bilan **à fournir lors de votre arrivée dans le Centre**.
- Bilan cardiologique : Il vous est conseillé de joindre au dossier un bilan cardiologique récent, avec au moins un ECG (électro-cardiogramme si vous avez plus de 40 ans). Joindre également, si vous en possédez, les comptes-rendus d'examen récents (pneumologie, endocrinologie, échographie cardiaque, épreuve d'effort...). Le médecin coordonnateur pourra vous demander un complément d'examen, préalablement à votre hospitalisation, s'il estime nécessaire, notamment si vous présentez des facteurs de risque cardio-vasculaires. (Diabète par exemple). Cette mesure vise à permettre la pratique d'une activité physique adaptée au sein du Centre en toute sérénité.

FORMULAIRES À COMPLÉTER ET À NOUS RETOURNER SIGNÉS

Afin de valider votre dossier d'admission, nous vous remercions de bien vouloir compléter les deux formulaires suivants :

FORMULAIRE N°1 : fiche administrative (recto-verso) - Pages 7 et 8

À COMPLÉTER ET À SIGNER PAR VOS SOINS

Il est impératif de renseigner l'ensemble des informations demandées sur ce document, notamment les coordonnées détaillées de vos proches, tuteur ou curateur éventuel.

FORMULAIRE N°2 : fiche médicale (recto-verso) - Pages 9 et 10

À FAIRE COMPLÉTER RECTO-VERSO, SIGNER ET TAMPONNER PAR LE MÉDECIN PRESCRIPTEUR, ET À NOUS RETOURNER SOUS PLI CONFIDENTIEL À L'ATTENTION DU MÉDECIN COORDONNATEUR AVEC LE RESTE DE VOTRE DOSSIER

Ce document est indispensable à l'enregistrement et à la validation de votre demande d'admission. Il est impératif de renseigner l'ensemble des informations demandées sur ce document, notamment les coordonnées détaillées de vos médecins, traitant ou spécialiste.

Un courrier rédigé par votre médecin peut également être joint à toute demande d'admission afin de nous apporter toute précision jugée utile sur votre état de santé.

Nous vous remercions de bien vouloir retourner le dossier dûment rempli, complet et signé avec l'ensemble des pièces justificatives demandées, à l'adresse suivante :

**CENTRE DE L'OBÉSITÉ BERNARD DESCOTTES
2 PIERRECHAVE
87500 SAINT-YRIEIX-LA-PERCHE**

**Tout dossier incomplet, sans l'ensemble des pièces justificatives,
ne pourra être étudié en vue d'une admission.**

Centre de l'Obésité Bernard Descottes

2 Pierrechave
87500 Saint-Yrieix-la-Perche

Tél. : 05 19 99 26 00

Mail : centreobesite@vyv3-cda.fr



Nom d'usage :	Prénoms:
Nom de naissance :	Sexe : ☐ Féminin ☐ Masculin ☐ Autre
Date de naissance :/...../.....	Lieu de naissance :
Situation familiale : ☐ Marié(e)-pacsé(e)-en union libre ☐ Célibataire	
☐ Veuf-veuve ☐ Séparé(e)-divorcé(e)	
Nationalité :	Langue parlée couramment :
Adresse :	
.....	
Code postal :	Ville :
Téléphone portable :	Téléphone fixe :
Adresse mail :	
Situation professionnelle : ☐ Actif ☐ Retraité ☐ Invalide ☐ Inactif	
Profession :	

Caisse de sécurité sociale ou organisme obligatoire (nom et adresse) :

.....

Nom et prénom de l'assuré :

Date de naissance de l'assuré :/...../.....

Numéro de sécurité sociale :

Bénéficiaire : ☐ Assuré(e) ☐ Conjoint ☐ Ascendant ☐ Enfant ☐ Concubin

Mutuelle ou organisme complémentaire (nom et adresse) :

.....

Numéro d'adhérent ou de contrat :

Téléphone de l'organisme : Numéro de fax :

Position juridique : ☐ Autonome ☐ Sous tutelle ☐ Sous curatelle

EN CAS DE TUTELLE OU CURATELLE, MERCI D'INDIQUER LE NOM DU TUTEUR OU CURATEUR :

Nom de l'organisme :

Nom et prénom du mandataire judiciaire :

Qualité : ☐ Tuteur ☐ Curateur

Adresse :

.....

Code postal : Ville :

Téléphone fixe : Téléphone portable :

Vivez-vous seul ? ☐ Oui ☐ Non Rencontrez-vous des difficultés à vivre dans votre logement ? ☐ Oui ☐ Non

Votre logement est-il adapté à votre état de santé ? ☐ Oui ☐ Non

Bénéficiez vous d'aide à domicile ? ☐ Oui ☐ Non Si oui, à quelle fréquence ? heures par semaine

Cette aide correspond elle bien à vos besoins ? ☐ Oui ☐ Non

PERSONNE À PRÉVENIR :

Téléphone :

Nom et prénom : Lien de parenté :

Adresse :

Nom et prénom du médecin traitant :

Adresse :

Code postal : Ville :

Téléphone fixe : Téléphone portable :

Nom et prénom du médecin qui prescrit le séjour (si différent du médecin traitant) :

Spécialité :

Adresse :

Code postal : Ville :

Téléphone fixe : Téléphone portable :

Autres médecins spécialistes référents, **SI VOUS AVEZ UN SUIVI SPÉCIFIQUE :**

Spécialités	Nom et prénom	Adresse	Tél.	Date du dernier RVD
Endocrinologue				
Cardiologue				
Psychiatre				
Autre :				

Vous souhaitez suivre votre prise en soins : ☐ en hospitalisation complète ☐ en hospitalisation de jour

Avez-vous un souhait de date pour votre hospitalisation ? ☐ Oui ☐ Non

Si oui, laquelle :/...../..... (dans la mesure du possible la commission d'admission en tiendra compte).

Avez-vous déjà effectué un séjour dans notre établissement ? ☐ Oui ☐ Non

Si oui, à quelle date ? :/...../.....

Merci de joindre une lettre expliquant vos motivations à réaliser un nouveau séjour.

RÉPONSE EXIGÉE

Souhaitez-vous une chambre particulière ? ☐ Oui ☐ Non

Conditions de la chambre particulière : voir informations page 1.

SIGNATURE DU PATIENT

Obligatoire

Centre de l'Obésité Bernard Descottes

2 Pierrehave - 87500 Saint-Yrieix-la-Perche

Tél. : 05 19 99 26 00 - Mail : centreobesite@yyv3-cda.fr



YVY 3 Cœur d'Aquitaine - 39 avenue Garibaldi - 87000 Limoges - Siren 775 716 673 - Date de création : 07/12 -
Date de modification : 09/25 - Version : 008 - Service communication YVY 3 CDA - Impression : GDS imprimeurs - Ne pas jeter sur la voie publique.

FORMULAIRE N°2 - FICHE MÉDICALE

À faire compléter RECTO-VERSO, signer et tamponner PAR LE MÉDECIN PRESCRIPTEUR DU SÉJOUR et à nous renvoyer sous pli fermé à l'attention du médecin coordonnateur de l'établissement.

Nom d'usage : Prénoms :
 Sexe : ☐ Féminin ☐ Masculin ☐ Autre Date de naissance :/...../.....
 Votre patient a-t-il déjà effectué un séjour dans notre établissement ? ☐ Oui ☐ Non
 Si oui, date du dernier séjour :/...../.....

Motif d'hospitalisation :

Pathologies et facteurs de risques associés & antécédents médicaux et chirurgicaux :

État clinique : Poids : Taille : IMC :
 Soins d'hygiène (toilette, toilette intime) : ☐ Autonome ☐ Aide partielle ☐ Dépendant
 Habillage (bas de contention, lacer ses chaussures...) : ☐ Autonome ☐ Aide partielle ☐ Dépendant
 Élimination : ☐ Autonome ☐ Aide partielle ☐ Dépendant
 ☐ Sonde Urinaire ☐ Stomie :
 Alimentation : ☐ Autonome ☐ Aide partielle ☐ Alim. entérale ☐ Alim. parentérale
 Allergies alimentaires : ☐ Oui ☐ Non (merci de joindre un certificat médical)
 Intolérances alimentaires : ☐ Oui ☐ Non merci de joindre un certificat médical)
 Respiration : ☐ Autonome ☐ Oxygénothérapie (l/min) ☐ Trachéotomie ☐ VNI (SAS)
 Mobilisation : ☐ Autonome ☐ Aide partielle ☐ Dépendant ☐ Fauteuil roulant
 Si aide partielle, périmètre de marche : ☐ < à 20 m ☐ entre 20 et 50 m ☐ > à 50 m
 Troubles du comportement : ☐ Oui ☐ Non
 Si oui, précisez :
 (merci de bien vouloir nous fournir un certificat médical de non-dangereux)
 Plaies (type, localisation) :
 Si plaies, durée de réfection des pansements :
 Infections : ☐ Site : ☐ Germe :
 Risque de chutes : ☐ Oui ☐ Non
 Quels problèmes limitent les déplacements :

Concernant les repas,
l'établissement tolère cinq
aversions alimentaires.

Suivi psychologique et social : ☐ Oui ☐ Non

Si oui, intervenants (noms, spécialités, téléphones) :
.....
.....

Le patient est apte à vivre en collectivité : ☐ Oui ☐ Non Préciser :

Pour tout patient ayant une prise en charge, il est impératif de joindre à ce document un compte-rendu récent du spécialiste.

Traitements en cours (joindre IMPÉRATIVEMENT une copie de l'ordonnance à cette fiche).

Afin d'admettre votre patient dans les meilleures conditions possibles, nous aurions besoin d'un bilan sanguin complet, à réaliser deux semaines avant son admission.

Pourriez-vous, s'il vous plaît, lui établir une ordonnance pour : NFS - Plaquettes - Ferritinémie - CRP - Ionogramme sanguin - Créatininémie - Clairance de la créatinine - ASAT- ALAT- GammaGT - Score Fib4 - TSH - Bilan Lipidique Complet (EAL) - Glycémie-HbA1c - Indice de HOMA - Calcémie - Albumine - PTH - **NT-ProBNP** - Vitamines B9 érythrocytaire, B12, B6 - Vitamine D (remboursée dans le cadre d'une chirurgie bariatrique).

Pour autoriser la pratique de l'activité physique, nous conseillons à tout patient de plus de 40 ans d'arriver muni d'un bilan cardiaque récent avec, au moins un ECG.

En fonction des antécédents du patient, le médecin coordonnateur peut être amené à demander des examens complémentaires. Si vous possédez des comptes-rendus d'examens complémentaires (échographie cardiaque, épreuves d'effort, scanner calcique...), merci de les joindre à ce dossier.

IMPORTANT : si votre patient présente une mycose, infection cutanée, digestive, cuir chevelu..., nous vous remercions de bien vouloir procéder à **UN TRAITEMENT INTENSIF D'AU MOINS 8 JOURS** (selon la pathologie) afin qu'il puisse bénéficier de la balnéothérapie lors de son hospitalisation au sein du Centre.

DATE :/...../.....

Médecin prescripteur : Dr.

Téléphone fixe : Fax :

Adresse mail :

Signature et cachet :

Signature du patient :

Un compte-rendu d'hospitalisation sera envoyé au médecin dans les meilleurs délais après la sortie du patient.

PROTECTION DES DONNÉES À CARACTÈRE PERSONNEL

VYV³ Cœur d'Aquitaine, régie par le Code de la Mutualité, dont le numéro de Siren est le 775 716 673 et dont le siège est situé : 39 avenue Garibaldi – 87000 Limoges, représenté par Monsieur Franck Bonichon en qualité de Directeur Général, collecte via ce formulaire et traite des données à caractère personnel vous concernant dans le cadre de votre demande d'admission au sein de notre structure.

Ce traitement est fondé sur l'exécution de mesures contractuelles préalables à une éventuelle prise en charge. Les données collectées seront conservées pendant toute la durée du traitement lié à l'admission. Seules les personnes habilitées au sein de VYV³ Cœur d'Aquitaine peuvent accéder aux données vous concernant, ainsi que nos éventuels prestataires (éditeurs de logiciel métier).

Vos droits

Vous disposez, sauf motifs de refus prévus par le RGPD pour certains de ces droits :

- d'un droit d'accès
- de rectification
- d'effacement
- de limitation du traitement de vos données
- d'un droit d'opposition
- du droit à la portabilité
- du droit de retirer votre consentement
- du droit de définir des directives relatives au sort de vos données après votre décès.

Pour exercer ces droits, vous pouvez nous contacter à l'adresse électronique suivante : contact-dpd@vyv3-cda.fr ou par courrier au 39 avenue Garibaldi 87000 Limoges.

Veuillez noter que si vous exercez vos droits listés ci-dessus, nous conserverons toutefois certaines de vos informations personnelles et votre demande pour nous assurer de l'exercice effectif de vos droits.

Réclamations

Si vous estimez qu'une demande de l'un de vos droits n'a pas été satisfaite, vous pouvez introduire une réclamation auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL) ou former un recours juridictionnel.

VYV³ Cœur d'Aquitaine limite tous les transferts de données à caractère personnel en dehors de l'Espace Economique Européen. Si néanmoins cela était nécessaire, VYV³ Cœur d'Aquitaine s'assurera que le pays destinataire des données est un pays reconnu comme adéquat par la Commission européenne ou que des clauses contractuelles types adoptées par la Commission européenne seront signées et, le cas échéant, des mesures supplémentaires seront mises en place pour garantir un niveau de protection équivalent à celui du droit de l'Union européenne.



Centre de l'Obésité Bernard Descottes

2 Pierrechave
87500 Saint-Yrieix-la-Perche

Tél. : 05 19 99 26 00

Mail : centreobesite@vyv3-cda.fr

vyv³ | Cœur d'Aquitaine

39 avenue Garibaldi - 87000 Limoges
Tél. : 05 55 33 96 30

www.vyv3-cda.fr



Centre de l'Obésité
Bernard Descottes
GROUPE **vyv**

