

REÇU LE	TRAITE LE	RECOMMANDATIONS	RDV DONNE LE	RDV HONORE LE

TABLEAU A REMPLIR PAR LES PROFESSIONNELS DE L'ISP

PARTIE ADMINISTRATIVE

A remplir par la famille

Date de la demande :

NOM

PRENOM(S)

ADRESSE

DATE DE NAISSANCE

SEXE : Masculin Féminin

Numéro de sécurité sociale de l'assuré :

NOM DU PERE

N° TELEPHONE

ADRESSE

EMAIL

NOM DE LA MERE

N° TELEPHONE

ADRESSE

EMAIL

NOM DU MEDECIN TRAITANT

ADRESSE

TELEPHONE

POUR OBÉSITÉ PÉDIATRIQUE

QUI DEMANDE LA CONSULTATION ?

MEDECIN TRAITANT

MEDECIN SPECIALISTE

ENFANT

PERE

MERE

AUTRE :

PAR RAPPORT A LA CONSULTATION , QUELLES SONT VOS ATTENTES ET CELLES DE VOTRE ENFANT ?

PARENTS :

.....
.....
.....

ENFANT :

.....
.....
.....

VOTRE ENFANT A-T-IL DEJA BENEFICIE D'UN SUIVI PAR RAPPORT A SON SURPOIDS ? SI OUI, PAR QUELS PROFESSIONNELS ET COMBIEN DE TEMPS :

.....
.....
.....
.....
.....
.....

POUR OBÉSITÉ PÉDIATRIQUE

PARTIE MÉDICALE

A faire remplir par le médecin traitant

Chère Consœur, cher Confrère,

Afin de pouvoir prendre en charge convenablement et dans des délais raisonnables vos patients (enfants et adolescents) atteints d'obésité, merci de remplir le formulaire ci-dessous et de nous le renvoyer par mail (sec-pedcsex@institut-st-pierre.fr) ou par fax 04 67 07 75 86.

La famille sera ensuite contactée par le secrétariat pour proposer un suivi adapté.

Pour rappel l'Institut Saint Pierre est un centre de 2^{ème} et 3^{ème} recours concernant l'obésité pédiatrique (cf recommandations HAS 2011)

POUR OBÉSITÉ PÉDIATRIQUE
PARTIE MEDICALE
A faire remplir par le médecin traitant
Enfant :
Autres Médecins suivant l'enfant
Nom(s) :
Spécialité(s) :
Prénom(s) :

.....

Date de naissance :

.....

.....

MOTIVATION APPARENTE
Nulle
Elevée
De l'enfant : 0 _____

De la famille : 0 _____

SITUATION FAMILIALE

PARENTS				
	Date de naissance	Poids	Taille	Antécédents médicaux
Père				
Mère				
FRATRIE				
Frère/Sœur*	Date de naissance	Poids	Taille	Antécédents médicaux

**si ½ sœur(s), ½ frère(s) merci de le préciser*

POUR OBÉSITÉ PÉDIATRIQUE**ANTÉCEDENTS MÉDICAUX**

Poids de naissance	Taille de naissance	Terme (semaines)

Antécédents médicaux et/ou maladie(s) chronique(s) :

.....

.....

.....

Antécédents chirurgicaux :

.....

.....

Allergies :

.....

.....

Suivi(s) spécialisé(s) antérieur(s) (*pédiatre, nutritionniste, endocrinologue, psychiatre, psychologue*) :

.....

.....

.....

Séjours antérieurs en établissements spécialisés en raison du poids :

.....

.....

Autres :

.....

.....

SITUATION ACTUELLE DU PATIENT – EXAMEN CLINIQUE

Poids	Taille	IMC	TENSION ARTERIELLE

Stade pubertaire :

Dates premières règles :.....

Enurésie : OUI NON

Troubles ostéo-tendineux : OUI NON

Encoprésie : OUI NON

Troubles du sommeil : OUI NON

Dyspnée d'effort : OUI NON

Retentissement psychosocial de l'obésité (isolement, déscolarisation...) :

.....

Traitements médicaux actuels :

.....

.....

.....

Éléments cliniques particuliers : (Acanthosis nigricans, vergetures, goitre thyroïdien, trouble statique rachidienne, sibilances, souffle cardiaque...)

.....

.....

.....

.....

.....

POUR OBÉSITÉ PÉDIATRIQUE

Merci de joindre IMPÉRATIVEMENT une courbe d'évolution de l'IMC ou un défaut un historique des poids/taille/IMC de l'enfant pouvant permettre de juger de l'évolution de l'obésité (ou du surpoids).

DATE	AGE	POIDS	TAILLE	IMC

Date :

**Cachet du médecin prescripteur
(Nom, prénom, adresse, n° identification)**