

PATIENT

Nom de l'enfant :

Prénom :

Nom des parents (si différent) :

Adresse principale :

Code postal :

Ville :

Adresse mail :

Téléphone :

Portable :

Date de naissance :

Age :

Sexe : Garçon Fille**POIDS :****TAILLE :****IMC :**

(à reprendre de la page 3 : examen médical)

Nom et cachet du praticien :**ORIGINE DE LA CONSULTATION**➤ L'enfant est accompagné par : mère père seul autre :➤ Médecin habituel de l'enfant : moi-même autre (précisez nom et ville) :➤ **Consultation demandée par :**

- L'enfant et sa famille
- Médecin habituel de l'enfant
- Médecin scolaire
- Infirmière scolaire
- PMI
- Enfant déjà connu et suivi par moi-même
- Enfant adressé par le RéPOP
- Autre

Précisez :

➤ **Motif de la consultation :****ANTECEDENTS PERSONNELS**➤ **Poids de naissance :** KgNaissance à terme : Oui Non**Si non, naissance prématurée à****S.A**➤ **Allaitement :** Oui Non**Si oui, précisez la durée :**

mois (min 0 – max 35)

Commentaires :

➤ **Prise en charge antérieure pour le problème de surpoids :** Oui Non

Commentaires :

➤ **Pathologie(s) autre(s) que l'obésité (et ayant un impact sur sa prise en charge):****Asthme** Oui NonProblème(s) traumatologique (s) Oui NonAutre : Oui Non

Précisez les traitements :

➤ **Examen(s) déjà réalisé(s) :** Oui Non Si oui, lesquels ?

EXAMENS BIOLOGIQUES	FAIT (DATE)	RESULTATS		A FAIRE
		NORMAUX	PRECISEZ (FACULTATIF)	
Cholestérol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	g/L Mmol/l	<input type="checkbox"/>
Triglycérides	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non		<input type="checkbox"/>
Glycémie à jeun	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non		<input type="checkbox"/>
Insulinémie à jeun	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non		<input type="checkbox"/>
T4 Libre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non		<input type="checkbox"/>
TSH	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non		<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non		<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non		<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non		<input type="checkbox"/>

VIE SCOLAIRE :

- **Classe suivie :** Redoublement : Oui Non (Préciser la classe redoublée) :

- Niveau scolaire Satisfaisant Moyen En difficulté

Commentaires :

- Orientation scolaire classique Oui Non

- **Nom et commune de l'établissement scolaire :**

- **Cantine :** Oui Non Parfois

- Accueil périscolaire : Oui Non Parfois

- Centre de vacances et de loisirs (mercredi, vacances) : Oui Non Parfois

Commentaires :

ANTECEDENTS FAMILIAUX

Ascendants	Problème de poids ou obésité		Diabète	Hyper-Cholestérolémie	Autres renseignements
Père	Calculé : Poids : Taille : IMC : Degré d'obésité :	ou Estimé : <input type="checkbox"/> Insuffisance pondérale <input type="checkbox"/> Normale <input type="checkbox"/> Surpoids <input type="checkbox"/> Obésité	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Profession : Recherche d'emploi : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Origine géographique : Autres problèmes de santé :
	Calculé : Poids : Taille : IMC : Degré d'obésité :	ou Estimé : <input type="checkbox"/> Insuffisance pondérale <input type="checkbox"/> Normale <input type="checkbox"/> Surpoids <input type="checkbox"/> Obésité	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Profession : Recherche d'emploi : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Origine géographique : Autres problèmes de santé :
Famille paternelle	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non		<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	
Famille maternelle	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non		<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	

➤ **Autres troubles et complications associés à l'obésité :**

	Oui	Non		Oui	Non
- Adiposité abdominale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Troubles du sommeil :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Vergetures	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	- Problèmes d'endormissement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Essoufflement à l'effort	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	- Réveil nocturne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Gynécomastie (<i>garçon</i>)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	- Sommeil agité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Caries dentaires	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	- Somnolence diurne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Retard psycho-moteur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	- Ronflement nocturne /	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Dysmorphie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	- Respiration buccale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Acanthosis nigricans	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	- Transpiration nocturne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Autres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	- Enurésie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			- Agitation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Commentaires :

COMPORTEMENT PSYCHOLOGIQUE :

- **Existence d'un trouble psychologique :** Oui Non
- Difficultés de socialisation : Oui Non
- Difficultés de relations familiales : Oui Non
- Affecté par les moqueries : Oui Non
- Autres difficultés : Oui Non
- Suivi psychologique Oui Non
- Si oui, prise en charge libérale en institution Précisez :

SYNTHESE :

Surpoids (obésité degré 1) IMC >97^{ème} percentile **Obésité (obésité de degré 2)**

Préciser les bilans nécessaires : bilan étiologique Préciser :
 bilan de retentissement Préciser :

Motivation pour la prise en charge du surpoids (auto-évaluation par l'enfant et la famille) :

- Famille (globale) : faible modéré importante dissociée (père ≠ mère)
- Enfant : faible modéré importante

Perception par le médecin de la motivation de l'enfant et de sa famille :

- Famille (globale) : faible modéré importante dissociée (père ≠ mère)
- Enfant : faible modéré importante

CONSULTATION D'INCLUSION N°2 (DIAGNOSTIC EDUCATIF)

Rendez-vous pris le : Avec enquête alimentaire oui non

Premiers conseils donnés :

- Petit déjeuner**
- Grignotage**
- Ne pas se resservir**
- Activité physique**