

Date de la consultation :

Durée la consultation :

PATIENT

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Age :

POIDS :

TAILLE :

IMC :

Nom et cachet du praticien :

L'enfant est accompagné par :

 mère père seul autre :**ACTIVITE PHYSIQUE HEBDOMADAIRE :**

➤ Sport /activité pratiquée (hors scolaire : club, loisirs, UNSS, week-end, vacances)

- Sport en club : oui non

Type(s) activité(s) sportive pratiqué(s) :

- Durée :

h/semaine

- EPS : Primaire: h/semaine 6em (4h) 5em-3ème(3h) 2nd-Terminale (2h)
 Dispensé
 Problèmes rencontrés

- Autre(s) activité(s) physique(s) (quotidienne(s), loisirs, week-end, vacances) :

 Régulièrement parfois peu- Trajet école : pieds, vélo, roller → Durée :
 bus, voiture

➤ Passé sportif :

➤ Relation au sport, aime le sport : un peu beaucoup non➤ Lors des pratiques sportives, gêné(e) : oui nonSi oui, est gêné par : Moqueries Essoufflement Douleurs Autres :

➤ Préférences / souhaits / projet :

Synthèse activité physique (quotidienne + sportive) : insuffisante (<3h/sem) irrégulière (entre 3h-5h/sem) correcte (entre 5h-7h/sem) très bien (>7h/sem)

Commentaires :

SEDENTARITE : Evaluation du temps d'écran (télévision, ordinateur, jeux vidéos, ...) important (>14h /semaine) modéré (7h à 14h/semaine) faible (<7h/semaine)

Commentaires :

HABITUDES ALIMENTAIRES

➤ **Changements récents** : non oui partiels **Si oui**, depuis quand ?

Exemple des repas d'une journée :

PETIT DEJEUNER	Présent : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> parfois <input type="checkbox"/> correct <input type="checkbox"/> erreur composition <input type="checkbox"/> excès
GRIGNOTAGE / COLLATION MATINEE	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> parfois
DEJEUNER	Cantine : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Déjeuner : <input type="checkbox"/> correct <input type="checkbox"/> erreur composition <input type="checkbox"/> excès
GOUTER	Présent : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> parfois <input type="checkbox"/> correct <input type="checkbox"/> erreur composition <input type="checkbox"/> excès
GRIGNOTAGE APRES-MIDI	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> parfois
DÎNER	<input type="checkbox"/> correct <input type="checkbox"/> erreur composition <input type="checkbox"/> excès
GRIGNOTAGE APRES DINER	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> parfois

Commentaires :

➤ Questions complémentaires sur son alimentation :Boissons sucrées (sodas, sirop, ...) : souvent parfois rarementGrignotages : souvent parfois rarementSucreries/bonbons : souvent parfois rarementProduits gras et sucrés : souvent parfois rarement
(Gâteaux, biscuits, viennoiserie)Produits gras et salés : souvent parfois rarement
(Fritures, nuggets, biscuits apéritifs, charcuterie)Gros mangeur / Se ressert à table : souvent parfois rarementMange vite : souvent parfois rarementSensation de faim : souvent parfois rarementFromages: excès correctFruits et légumes : Proposés au menu : insuffisant un peu correctConsommés par l'enfant : insuffisant un peu correctVigilance achats /contenu des placards : non un peu Régulièrement

Commentaires :

EXAMEN MEDICAL :

➤ A la date d'inclusion N°2 : Poids : Taille : IMC :

Compléter la courbe d'IMC et la courbe de poids/taille

PROBLEMES PSYCHOLOGIQUES➤ Conflits du fait de l'alimentation : souvent parfois rarement➤ Problèmes psychologiques : déjà connus décelés ce jour

Commentaires :

OBJECTIFS THERAPEUTIQUES :

➤ Choisir avec l'enfant et sa famille les objectifs à atteindre (objectifs atteignables et réalisables) :

Objectif de poids Stabiliser le poids au poids actuel de _____ kg Perte de poids de _____ kg**Objectifs d'activité physique** Augmenter l'activité physique quotidienne, mercredi, week-end, vacances Pratiquer un sport (club, UNSS, USEP, loisirs) : Atelier d'APA Diminuer le temps passé devant la télévision, l'ordinateur ou la console Séances de Kinésithérapie Autre :**Objectif en terme d'alimentation - Trouver des solutions pour :**

- Prendre un petit déjeuner le matin / améliorer le petit déjeuner du matin
- Ne plus grignoter entre les repas
- Manger moins vite
- Supprimer la collation/encas à l'école/collège/lycée
- Améliorer le goûter de 16h30
- Limiter la consommation de boissons sucrées /de sucreries et bonbons
- Limiter la consommation de produits gras et/ou sucrés
- Ne pas se resservir en dehors des fruits et légumes
- Augmenter sa consommation de fruits et légumes
- Limiter les fromages à une portion de 30g par jour
- Autre :

Autres objectifs :

- Pour les parents : être vigilants sur les achats et sur le contenu des placards
- Mettre plus souvent des fruits et des légumes au menu

PROCHAIN RENDEZ-VOUS : LE

ELEMENTS DE PRISE EN CHARGE :

- Evaluation diététique :**
 - diététicienne choisie : *(le patient prend le RdV)*
 - diététicienne à trouver avec la coordination du réseau
- Evaluation psychologique :**
 - psychologue choisi : *(le patient prend le RdV)*
 - psychologue à trouver avec la coordination du réseau
- Prescription de kinésithérapie**
- Ateliers d'A.P.A (activité physique adaptée) ***
- Consultation avec l'enseignant en APA ***
- Education Thérapeutique***
- Ateliers cuisine***
- Bilan au CHU***
- Séjours au Centre médical infantile Montpribat *** (précisez la période souhaitée :)
- Autre examen complémentaire* :**

* Contacter la coordination du RéPPOP (05 56 96 00 82) ou contact@reppopna.org