

POLE SANITAIRE SMR NUTRITION OBESITE

Responsable SMR

Edouard AGUILLE

05 49 26 24 07

edouard.aguille@ugecam.assurance-maladie.fr

Médecin

Séverine DURIEUX

05 49 24 95 93

severine.durieux@ugecam.assurance-maladie.fr

Secrétaire Médicale

Nadia GIRAULT

05 49 24 95 93

nadia.girault@ugecam.assurance-maladie.fr

Secrétaire administrative

Vanina BERTRAND

05 49 24 97 81

vanina.bertrand@ugecam.assurance-maladie.fr

SEJOUR HC ANNEE SCOLAIRE/PRISE EN CHARGE
HDJ

Cher Docteur,

Nous vous prions de bien vouloir remplir **le dossier médical** de l'adolescent que vous nous adressez. Ce document nous permettra de l'accueillir dans les meilleures conditions et de disposer de toutes les informations nécessaires pour lui proposer une prise en charge individualisée.

Par ailleurs, merci d'établir **la prescription suivante** :

- **Un bilan sanguin** (Glycémie à jeun ; dosage sanguin des Triglycérides ; du Cholestérol total et HDL – LDL ; Créatininémie – Urémie ; Ferritinémie ; Fer sérique ; CRP ; ASAT-ALAT ; Acide urique ; Transaminases SGOT – SGPT – Gamma GT, LDH, PAL ; TSH ; Insulinémie ; dosage du Fibrinogène, TCA, TP ; NFS + Plaquettes).
- **Une consultation cardiologique avec ECG et échographie cardiaque** : le résultat de cet examen pourra être envoyé secondairement.

Nous ne pouvons procéder à l'accueil de votre patient sans le résultat de ces examens.

Cordialement,

L'équipe pluridisciplinaire des Terrasses

DOSSIER MEDICAL À REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT

NOM DU PATIENT :

PRENOM :

SEXE : F M

DATE ET LIEU DE NAISSANCE :

SCOLARISE : OUI NON

NIVEAU SCOLAIRE :

GENERALITES

Nom et prénom du ou des responsables légaux :

.....

Adresse :

.....

Téléphone :

L'enfant vit avec : Son père Sa mère Les deux Autre :

Patient adressé par :

Dr :

Spécialité :

Adresse :

Signature et cachet :

Si le médecin prescripteur n'est pas le médecin traitant :

Médecin traitant :

Adresse :

3) ANTECEDENTS FAMILIAUX

MERE

Poids : Taille : IMC :

HTA Diabète Hyperlipidémie

Autres maladies :

PERE

Poids : Taille : IMC :

HTA Diabète Hyperlipidémie

Autres maladies :

FRERES ET SOEURS

Nom/Prénom	Date de naissance	Poids	Taille	Maladies

4) **SUIVI PSYCHOLOGIQUE ACTUEL** : OUI NON

Motif :

Nom et adresse du psychologue ou psychiatre :

Suivi psychologique par le passé : OUI NON

Motif :

HISTOIRE DE LA MALADIE

Vers quel âge l'enfant a-t-il commencé à prendre du poids ?.....

Circonstances :

EXAMEN CLINIQUE

POIDS :
 TAILLE :
 IMC :
 Tour de taille :cm
 Tour de hanche :cm
 Trouble dermatologique :
 Tension artérielle :
 Bilan articulaire :

RECOMMANDATIONS VACCINALES

Avant son arrivée dans l'établissement, l'enfant doit être à jour de ses vaccinations

VACCIN	OUI	NON	REMARQUES
DTP			
Coqueluche			
ROR			
Hépatite B			
MéningoC			

RETENTISSEMENT DU SURPOIDS

Prise de conscience du surpoids : Oui Non

Le surpoids entraîne-t-il des problèmes relationnels ?

A la maison A l'école Dans d'autres lieux Aucun problème

Autres problèmes de santé liés au surpoids :

Suivi en cours ou déjà effectué concernant le surpoids : Oui Non

Si oui, nom du professionnel :

CONCLUSION

Je soussigné(e), Dr.....exerçant à

..... demande à ce que l'enfant

soit admis au SMR Nutrition-Obésité LES TERRASSES pour :

- Obésité
- Troubles endocriniens
- Pathologie cardiaque
- Autres pathologies
- Nécessité d'une prise en charge en équipe pluridisciplinaire

Autre(s) :

Date :

Signature du médecin :