

## POLE SANITAIRE SMR NUTRITION OBESITE

### Responsable SMR

Edouard AGUILLE

05 49 26 24 07

[edouard.aguille@ugecam.assurance-maladie.fr](mailto:edouard.aguille@ugecam.assurance-maladie.fr)

### Médecin

Séverine DURIEUX

05 49 24 95 93

[severine.durieux@ugecam.assurance-maladie.fr](mailto:severine.durieux@ugecam.assurance-maladie.fr)

### Secrétaire Médicale

Nadia GIRAULT

05 49 24 95 93

[nadia.girault@ugecam.assurance-maladie.fr](mailto:nadia.girault@ugecam.assurance-maladie.fr)

### Secrétaire administrative

Vanina BERTRAND

05 49 24 97 81

[vanina.bertrand@ugecam.assurance-maladie.fr](mailto: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 pourrions 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 :