

DOSSIER D'INSCRIPTION

SSR Pédiatrique Tza Nou

Prise en charge de l'obésité chez les enfants et les adolescents



COORDONNEES :

Adresse : 230 Rue Vercingétorix, 63150 La Bourboule
Tél : 04.73.81.31.31
Fax : 04.73.81.31.39
E-mail : ssr-pediatrique.tzanou@ugecam.assurance-maladie.fr
Site internet : www.tza-nou.com

LES FRAIS DE SEJOUR

Le SSR Pédiatrique Tza Nou est un établissement sanitaire.

Ses règles de fonctionnement sont définies par le code de la Sécurité Sociale.

Le SSR Pédiatrique Tza Nou pratique un prix de journée « tout compris » (hébergement, frais médicaux) correspondant au tarif de responsabilité de la Sécurité Sociale, base de remboursement des frais de séjour de tous les régimes d'Assurance Maladie (régime général, M.G.E.N, M.S.A, S.N.C.F, Caisse nationale militaire,...).

L'Assurance Maladie ou son équivalent assume le coût du séjour selon les principes applicables aux structures de soins c'est-à-dire 80% du coût des soins (ou 100% pour certains régimes locaux, AES ou ALD).

Il reste donc à la charge des parents ou de la mutuelle (DMT 604) ou de la CPAM (au titre de la Couverture Maladie Universelle) les prestations non prises en charge par l'Assurance Maladie soit :

- Ticket modérateur (20%)
- Forfait hospitalier

Si, vous n'avez ni mutuelle, ni Couverture Maladie Universelle, les factures seront à régler le jour d'entrée. Une facture acquittée vous sera adressée.

Afin de formuler votre demande d'inscription, vous devez impérativement nous retourner le présent dossier d'inscription de la manière suivante :

NOM DU DOCUMENT		A COMPLETER PAR			A NOUS ADRESSER <u>sous pli confidentiel</u> avec le reste du dossier (dans une enveloppe intitulée « dossier médical »)
		Médecin prescripteur	Famille	Enfant	
Fiches d'inscription	Renseignements administratifs (p5)		X		
	Renseignements médicaux (p6)	X			X
Fiches médicales	Examen clinique (p7)	X			X
	Histoire de la prise de poids de l'enfant (p8)	X			X
	Partie psychologique / éducatif (p9 et10)	X			X
	Ton activité physique (p11)			X	X
	Ton alimentation (p12)			X	X
	Tes motivations (p13)			X	X

Afin que nous puissions examiner votre dossier, il est impératif que vous nous transmettiez également les éléments suivants :

NOM DU DOCUMENT	A RETOURNER <u>sous pli confidentiel</u> au médecin de Tza Nou (enveloppe intitulée « dossier médical »)
Attestation d'assurance scolaire et extra scolaire de l'année en cours	
Les 3 derniers bulletins scolaires de l'année en cours ou année précédente	
2 photos d'identité récentes	
Une copie de l'attestation de sécurité sociale	
Une copie de la carte Mutuelle ou CMU (recto/verso)	
Une copie du livret de famille et/ou de la carte nationale d'identité	
Une copie du jugement du tribunal si séparation des parents (page relative à l'autorité parentale et la résidence habituelle de l'enfant = 1 ^{ère} et dernière page)	
Les documents complémentaires demandés	
Les résultats du bilan sanguin (<i>modèle en fin de dossier</i>)	X
Une copie des pages du carnet de santé relatives aux vaccinations	X

Fiche médicale : RENSEIGNEMENTS MEDICAUX
A compléter par le médecin prescripteur
A retourner sous pli confidentiel

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

Date :

Téléphone :

Spécialité :

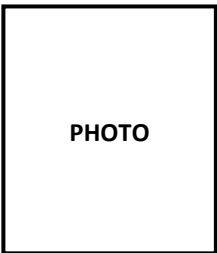
NOM :

Prénom :

Date de naissance : / /

Lieu de naissance :

Sexe :



Nombre de frères et sœurs : Rang dans la fratrie :

Frères : Sœurs :

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX :

♦ Statur pondéraux Familiaux

	Age	Poids	Taille	IMC		Age	Poids	Taille	IMC
Mère					Frère ou sœur				
Père					Frère ou sœur				
Frère ou sœur					Frère ou sœur				
Frère ou sœur					Frère ou sœur				

♦ Antécédents Familiaux de Maladies Graves ou Chroniques

- Père :
 - Mère :
 - Fratrie :

♦ Risques cardio-vasculaires familiaux

	Diabète	HTA	Dyslipidémie	Infarctus	AVC	Obésité
Mère						
Grand-père maternel						
Grand-mère maternelle						
Père						
Grand-père paternel						
Grand-mère paternelle						

♦ Enfant

Antécédents médicaux et/ou maladie ou chronique en précisant si ALD :
 -
 -
 -

Antécédents chirurgicaux : opérations, entorses, fractures... autres
 -
 -
 -

Maladies infantiles : Rougeole Rubéole Oreillons Varicelle

Allergies : Respiratoire : Alimentaire :
 Médicamenteuse : Autre :

Vaccinations : Fournir les photocopies du carnet de santé

Fiche médicale : EXAMEN CLINIQUE
A compléter par le médecin prescripteur
A retourner sous pli confidentiel

Identité du patient :

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Poids actuel : Kg

Taille actuelle : Cm

IMC :

Cardiologie :			
Auscultation :	TA :	Pouls :	
	Dyspnée d'effort :	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Pulmonaire :			
Auscultation :	Apnée du sommeil :	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
ORL :			
	Ronflements nocturnes :	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Gynécologie :			
Gynécomastie :	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Stade pubertaire :	
Réglée depuis :		Dysménorrhée :	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Endocrinien :			
Digestif :			
Cutané :			
Vergetures :	Cellulite :	Acanthosis nigricans :	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Urinaire :			
Enurésie diurne :	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Enurésie nocturne :	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Ostéo-articulaire :			
Genu valgum :	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Scoliose :	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Douleurs :	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Semelles orthopédiques :	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Autre :			
Suivis :			
Diététique :	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Psychologique :	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Orthophonique :	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Autre :	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> NON
Autre :			
Traitement habituel :			

Fiche médicale : HISTOIRE DE LA PRISE DE POIDS DE L'ENFANT
A compléter par le médecin prescripteur
A retourner sous pli confidentiel

Identité du patient :

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

• **Répondre aux questions ci-dessous :**

1- De quand date la prise de poids ?

.....

2- Avez-vous repéré un évènement déclenchant cette prise de poids ?

Oui

Non

Si oui, précisez :

.....

3- L'enfant a-t-il déjà essayé de perdre du poids ? :

Oui

Non

Si oui, précisez :

Quand ?

Comment ?

A quelles difficultés a-t-il été confronté pour mener à bien cette perte de poids ?

.....

Raisons de l'échec de cette perte de poids ?

4- A-t-il déjà effectué un séjour dans un centre pour perdre du poids ?

Oui

Non

Si oui, précisez :

Quand ?

Où ?

• **Remplir le tableau ci-dessous à l'aide du carnet de santé :**

Accouchement :

Terme :

SA :

Diabète gestationnel : Oui Non

Allaitement : Oui Non

Age	Date	Poids (kg)	Taille (cm)	IMC	Age	Date	Poids (kg)	Taille (cm)	IMC
Naissance									
3 mois					6 ans				
6 mois					7 ans				
9 mois					8 ans				
1 an					9 ans				
2 ans					10 ans				
3 ans					11 ans				
4 ans					12 ans				
5 ans					13 ans				

Fiche médicale : PARTIE PSYCHOLOGIQUE / EDUCATIVE ①
A compléter par le médecin prescripteur
A retourner sous pli confidentiel

Identité du patient :

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

• **Histoire de l'enfant :**

Evènements de vie :

Merci d'indiquer les évènements stressants au cours de la vie de l'enfant en lien ou non avec la prise de poids
(Exemples : problème de santé, décès, déménagements, changement d'école, séparation, conflits dans la famille, difficultés scolaire, moqueries...etc.)

.....

.....

.....

.....

.....

Prise en charge psychologique :

L'enfant a-t-il déjà vu :

Un psychologue ? et / ou Un pédopsychiatre ?
 Oui Non Oui Non

Si oui :

Pour quelle(s) raison(s) ?

Quand ?

Nom du professionnel :

Coordonnées :

L'enfant a-t-il ou a-t-il déjà eu :

Un traitement antidépresseur? et / ou Un traitement anxiolytique ?
 Oui Non Oui Non

Si oui :

Pour quelle(s) raison(s) ?

Quand ?

Addictions :

L'enfant a-t-il ou a-t-il déjà eu des conduites addictives ? Oui Non

Téléphone Jeux vidéo Internet Télévision

Nombre d'heures passées devant ces écrans :

..... Heures par jour en semaine

..... Heures par jour le weekend

Tabac Cannabis Alcool

Quelle consommation ?

Depuis quand ?

Autres conduites addictives :

Précisez :

Fiche médicale : PARTIE PSYCHOLOGIQUE / EDUCATIVE ②

A compléter par le médecin prescripteur

A retourner sous pli confidentiel

Identité du patient :

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Scolarité :

Rappel de la classe :

Redoublement ? Oui Non

Si oui :

Quelle classe ?

Pour quelle raison ?

Autonomie dans le travail scolaire ? Oui Non

Difficultés particulière à l'école ? Oui Non

Si oui, précisez : SEGPA PAI AVS Autre (précisez)

Motif :

A beaucoup d'amis

A quelques amis

A peu d'amis

Isolement / repli

Phobie scolaire

Phobie sociale

Déscolarisation

Comportement psycho-social :

Comportement de l'enfant à la maison, en famille :

.....

Comportement de l'enfant à l'extérieur :

.....

Caractère de l'enfant :

Relations de l'enfant :

Relation mère - enfant :

Relation père - enfant :

Si beau père, relation beau père – enfant :

Si belle mère, relation belle mère – enfant :

Relation avec frère(s) et sœur(s) :

Si demi-frère(s) / sœur(s), relation avec demi-frère(s) / sœur(s) :

L'enfant fait-il l'objet d'une mesure éducative ?

Oui Non

Si oui :

Pour quoi ?

Depuis combien de temps ?

Nom de l'éducateur : Tél :

Nom de l'assistante sociale : Tél :

Si les parents sont séparés, quel mode de garde ?

A, le

Signature et tampon du médecin traitant :

Fiche médicale : TON ACTIVITE PHYSIQUE
A compléter par l'enfant
A retourner sous pli confidentiel

Identité du patient :

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

• **Transport domicile-école :**

Pour te rendre à l'école, quel moyen de transport utilises-tu ?

Combien de temps consacres-tu en moyenne dans ce type de transport ?

Moins de 10
min/ jour

Entre 10 et 20
min/jour

Entre 30 et 40
min/jour

Entre 40 et 60
min/jour

Plus de 60
min/jour

• **Sport en club :**

Pratiques-tu un sport en club ou association ? Oui Non

Si oui, lequel ou lesquels ?

Combien de temps consacres-tu à cette activité sportive ? heures/semaines.

Es-tu essoufflé(e) ? Oui Non

Si oui, au bout de combien de temps ?

• **Activités physiques de loisirs :**

Durant tes temps libres, pratiques-tu des activités physiques régulières telles que la marche, la danse, la natation, un sport collectif,... ?

Oui Non

Si oui, lequel ou lesquels ?

Les pratiques tu : Seul(e) En famille Avec des amis

En général, combien de temps consacres-tu à cette activité physique ? heures/semaines.

Es-tu essoufflé(e) ? Oui Non

Si oui, au bout de combien de temps ?

• **EPS (à l'école) :**

Es-tu dispensé(e) d'EPS ? Oui Non

- Si oui, pourquoi ?

- Si non, combien de temps y consacres-tu ? heures/semaines.

Pratiques-tu une activité sportive avec l'école (A.S., U.N.S.S.) ?

Oui Non

Fiche médicale : TON ALIMENTATION
A compléter par l'enfant
A retourner sous pli confidentiel

Identité du patient :
Nom :
Prénom :
Date de naissance :

Prends-tu un petit déjeuner ? Oui Non
 Si oui, quoi ?

Les repas sont pris (plusieurs réponses possibles) :

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Avec télévision ou ordinateur | <input type="checkbox"/> Sans télévision ni ordinateur | <input type="checkbox"/> à l'internat |
| <input type="checkbox"/> Seul(e) | <input type="checkbox"/> En famille | <input type="checkbox"/> à la cantine |
| <input type="checkbox"/> Dans ta chambre | <input type="checkbox"/> Dans la cuisine | <input type="checkbox"/> Dans la salle à manger |

Durée moyenne des repas (en minutes) : A midi : minutes Le soir : minutes

Heure du dîner : heure

Composition du repas :

- Entrée Plat Laitages Dessert

Les aliments les plus consommés et combien de fois par semaine en consommes-tu ?

- | | | | |
|--|----------------|---|----------------|
| <input type="checkbox"/> Féculents : | __ X / semaine | <input type="checkbox"/> Pizza, kebab, quiche : | __ X / semaine |
| <input type="checkbox"/> Des fritures (frites, potatoes, ...): | __ X / semaine | <input type="checkbox"/> Mayonnaise, Ketchup : | __ X / semaine |
| <input type="checkbox"/> Légumes : | __ X / semaine | <input type="checkbox"/> Fruits : | __ X / semaine |
| <input type="checkbox"/> Viandes | __ X / semaine | <input type="checkbox"/> Gâteaux | __ X / semaine |
| <input type="checkbox"/> Charcuteries | __ X / semaine | <input type="checkbox"/> Poissons : | __ X / semaine |
| <input type="checkbox"/> Laitages (, yaourts, lait) : | __ X / semaine | <input type="checkbox"/> Fromage : | __ X / semaine |
| <input type="checkbox"/> Sodas (coca, seven up, Ice tea...): | __ X / semaine | <input type="checkbox"/> Jus de fruits : | __ X / semaine |
| | | <input type="checkbox"/> Pain : | __ X / semaine |

Prends-tu un goûter ? Oui Non

Si oui
 A quelle heure ?
 Quoi ?

Grignotes-tu ente les repas ? Oui Non

- Si oui*
- Quand ?
 - Pourquoi ?
- | | | |
|---|---|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Je ne sais pas | <input type="checkbox"/> Je ne peux pas m'en empêcher | <input type="checkbox"/> Ennui |
| <input type="checkbox"/> Faim | <input type="checkbox"/> Tristesse | <input type="checkbox"/> Gourmandise |
| <input type="checkbox"/> Stress | | <input type="checkbox"/> Contrariété |
- Quel genre d'aliments grignotes-tu ?
- Où grignotes-tu ?
- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> En cachette | <input type="checkbox"/> Devant la télévision, l'ordinateur | <input type="checkbox"/> Dans ta chambre |
| <input type="checkbox"/> Dans la cuisine | <input type="checkbox"/> Dehors | |

Combien de pizzeria, Quick, Mac Do ou Kebab ... consommes-tu ? Par semaine Par mois

A combien de fêtes ou d'apéritifs familiaux participes-tu ? Par semaine Par mois

As-tu des pratiques alimentaires liées à tes croyances, à ta religion ou à des allergies ? Oui Non
Si oui :

Lesquelles ?

BILAN SANGUIN

A faire prescrire par le médecin traitant

A réaliser à jeun

A retourner à l'établissement avant la visite de pré-admission, sous pli confidentiel

- Glycémie à jeun – Glycémie post-prandiale
- Insulinémie HOMA
- Cholestérol, HDL, LDL, triglycérides
- NFS
- TSH
- Ferritinémie
- ASAT – ALAT
- CRP us
- 25 OHD