

Date de la consultation :

Durée la consultation :

PATIENT

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Age :

POIDS :

TAILLE :

IMC :

Nom et cachet du praticien :

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 (>10h semaine) modéré (5h à 10h/semaine) faible (<5h/semaine)

Commentaires :

HABITUDES ALIMENTAIRES

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

Exemple des repas d'une journée :

<p>PETIT DEJEUNER</p>	<p>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</p>
<p>EN CAS MATINEE</p>	<p><input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> parfois</p>
<p>DEJEUNER</p>	<p>Cantine : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Déjeuner : <input type="checkbox"/> correct <input type="checkbox"/> erreur composition <input type="checkbox"/> excès</p>
<p>GOUTER</p>	<p>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</p>
<p>EN CAS APRES-MIDI</p>	<p><input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> parfois</p>
<p>DÎNER</p>	<p><input type="checkbox"/> correct <input type="checkbox"/> erreur composition <input type="checkbox"/> excès</p>
<p>ENCAS APRES DINER</p>	<p><input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> parfois</p>

Commentaires :

➤ **Questions complémentaires sur son alimentation :**

- Boissons sucrées :** souvent parfois rarement
- Grignotages :** souvent parfois rarement
- Sucreries/bonbons :** souvent parfois rarement
- Produits 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 rarement
- Mange vite :** souvent parfois rarement
- Sensation de faim :** souvent parfois rarement
- Fromages:** excès correct
- Fruits et légumes :** Proposés au menu : insuffisant un peu correct
Consommés par l'enfant : insuffisant un peu correct
- Vigilance achats /contenu des placards :** non un peu Régulièrement

Commentaires :

EXAMEN MEDICAL :➤ **A la date d'inclusion N2 : 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
- Prescription de Kiné
- 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 au repas en dehors des fruits et des 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**AUTRES 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***
- Centre médical infantile Montpribat (précisez la période souhaitée)* :**
- Autre examen complémentaire* :**

* Contacter la coordination du RéPOP (05 56 96 00 82)