

Date de la consultation :

Durée la consultation :

PATIENT

Nom : Prénom :
 Adresse principale :
 Code postal : Ville : Adresse mail :
 Téléphone : Portable :
 Date de naissance : Age :
 Sexe : Garçon Fille
POIDS : **TAILLE :** **IMC :**
 (à reprendre de la page 3 : examen médical)

Nom et cachet du praticien :**ORIGINE DE LA CONSULTATION**

- L'enfant est accompagné par : mère père seul autre :
- Médecin traitant : moi-même autre :
- **Consultation demandée par :**
- L'enfant et sa famille
 - Médecin habituel de l'enfant (si différent du médecin RéPOP)
- Précisez (nom et ville) :
- Médecin scolaire
 - Infirmière scolaire
 - PMI
 - Enfant déjà connu et suivi par moi-même
 - Enfant adressé par le RéPOP
- **Motif de la consultation :**

ANTECEDENTS PERSONNELS

- **Poids de naissance :** Kg
 Naissance à terme : Oui Non **Si non, naissance prématurée à** **S.A**
- **Allaitement :** Oui Non **Si oui, précisez la durée :** mois (min 0 – max 35)
- **Prise en charge antérieure pour le problème de surpoids :** Oui Non

Commentaires :

- **Pathologie(s) autre(s) que l'obésité (et ayant un impact sur sa prise en charge):**

Asthme Oui Non
 Problème(s) traumatologique (s) Oui Non
 Autre : Oui Non
 Précisez les traitements :

➤ **Examen(s) déjà réalisé(s) :** Oui Non Si oui, lesquels ?

EXAMENS BIOLOGIQUES	FAIT (DATE)	RESULTATS		A FAIRE
		NORMAUX	PRECISEZ (FACULTATIF)	
Cholestérol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	g/L Mmol/l	<input type="checkbox"/>
Triglycérides	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non		<input type="checkbox"/>
Glycémie à jeun	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non		<input type="checkbox"/>
Insulinémie à jeun	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non		<input type="checkbox"/>
T4 Libre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non		<input type="checkbox"/>
TSH	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non		<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non		<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non		<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non		<input type="checkbox"/>

ANTECEDENTS FAMILIAUX

Ascendants	Problème de poids ou obésité		Diabète	Hyper-Cholestérolémie	Autres renseignements
Père	Calculé : Poids : Taille : IMC : Degré d'obésité :	ou Estimé : <input type="checkbox"/> Insuffisance pondérale <input type="checkbox"/> Normale <input type="checkbox"/> Surpoids <input type="checkbox"/> Obésité	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Profession : Recherche d'emploi : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Origine géographique : Autres problèmes de santé :
Mère	Calculé : Poids : Taille : IMC : Degré d'obésité :	ou Estimé : <input type="checkbox"/> Insuffisance pondérale <input type="checkbox"/> Normale <input type="checkbox"/> Surpoids <input type="checkbox"/> Obésité	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Profession : Recherche d'emploi : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Origine géographique : Autres problèmes de santé :
Famille paternelle	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non		<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	
Famille maternelle	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non		<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	

Commentaires antécédents familiaux :

➤ **Situation des parents :**

Parents vivant en couple Parents séparés Autre :

Commentaires :

➤ **CMU :** Oui Non

➤ **Difficultés sociales de la famille :** Oui Non

Commentaires :

➤ Frères et sœurs :

- Nombre d'enfants dans la fratrie :
- Rang dans la fratrie :

Renseignements complémentaires sur les frères et sœurs :

Prénoms : <u>F</u> ille / <u>G</u> arçon	Année de naissance	Problème de poids ou obésité	Autres problèmes
: <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> G		<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
: <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> G		<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
: <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> G		<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
: <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> G		<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non

Commentaires :

VIE SCOLAIRE :

- Classe suivie : Redoublement : Oui Non (Préciser la classe redoublée) :
- Niveau scolaire Satisfaisant Moyen En difficulté

Commentaires :

- Nom et commune de l'établissement scolaire :

- Cantine : Oui Non Parfois
- Accueil périscolaire : Oui Non Parfois
- Centre de vacances et de loisirs (mercredi, vacances) : Oui Non Parfois

Commentaires :

HISTOIRE DU POIDS :

- Carnet de santé :
-
- Oui
-
- Non

➤ Tracer la courbe d'IMC (si possible 3-4 mesures : 9 mois, 2 ans, 3-4 ans, 5-6 ans) et la courbe de poids/taille

Précisez l'âge du rebond (âge le plus bas de la courbe d'IMC) : ans

Précisez l'âge du début de l'obésité (âge du franchissement du 97ème percentile) : ans

- L'origine de la prise de poids est-elle liée à un événement particulier ?

EXAMEN CLINIQUE :

- Poids : kg Taille : cm IMC :

- Tour de taille : cm

- Pression artérielle (en cmHg) : max - min

- Puberté démarrée :
-
- Oui
-
- Non

- Age des premières règles :

- Troubles des règles : Oui Non

- Palpation de la thyroïde :
-
- normale
-
- anormale

- Croissance staturale :
-
- Régulière (sur DS Taille)
-
- Infléchissement
-
- Accélération

➤ Examen locomoteur :

- Genu valgum: Oui Non- Pieds plats : Oui Non- Anomalie de la statique vertébrale Oui Non- Douleurs : Oui Non

- Autres : Commentaires :

➤ **Autres troubles et complications associés à l'obésité :**

	Oui	Non		Oui	Non
- Adiposité abdominale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	- Gynécomastie (<i>garçon</i>)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Vergetures	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	- Agitation :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Essoufflement à l'effort	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	- Retard psycho-moteur :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Troubles du sommeil :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	- Dysmorphie :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Endormissement/réveil nocturne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	- Enurésie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Sommeil agité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	- Caries dentaires	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Somnolence diurne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	- Acanthosis nigricans	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Ronflement nocturne / Respiration buccale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	- Autres :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Transpiration nocturne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

Commentaires :

COMPORTEMENT PSYCHOLOGIQUE :

- **Existence d'un trouble psychologique :** Oui Non
- Difficultés de socialisation : Oui Non
- Difficultés de relations familiales : Oui Non
- Affecté par les moqueries : Oui Non
- Autres difficultés : Oui Non
- Suivi psychologique Oui Non
- Si oui, prise en charge libérale en institution Précisez :

SYNTHESE :

Surpoids (obésité degré 1) IMC >97^{ème} percentile **Obésité (obésité de degré 2)**

Préciser les bilans nécessaires : bilan étiologique Préciser :
 bilan de retentissement Préciser :

Motivation pour la prise en charge du surpoids (auto-évaluation par l'enfant et la famille) :

- Famille (globale) : faible modéré importante dissociée (père ≠ mère)
- Enfant : faible modéré importante

Perception par le médecin de la motivation de l'enfant et de sa famille :

- Famille (globale) : faible modéré importante dissociée (père ≠ mère)
- Enfant : faible modéré importante

CONSULTATION D'INCLUSION N°2 (DIAGNOSTIC EDUCATIF)

Rendez-vous pris le : Avec enquête alimentaire oui non

Premiers conseils donnés :

- Petit déjeuner**
- Grignotage**
- Ne pas se resservir**
- Activité physique**