

Responsable de Pôle

Ludivine ESCANDELL

05 49 26 24 07

[ludivine.escandell@ugecam.assurance-maladie.fr](mailto:ludivine.escandell@ugecam.assurance-maladie.fr)

Docteur

Chargé du Parcours Patient

Thierry NICOLE

05 49 24 70 63

[thierry.nicole@ugecam.assurance-maladie.fr](mailto:thierry.nicole@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)

Cher Docteur,

Nous vous prions de bien vouloir remplir **le dossier médical** (du) de la jeune :

.....

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 **les prescriptions suivantes** :

- **Un bilan sanguin** (Glycémie ; Triglycérides ; Cholestérol total, HDL – LDL ; Créatinémie – Urée ; Ferritine ; Fer ; Acide urique ; Transaminases SGOT – SGPT – Gamma FT, LDH, PAL ; TSH ; Insulinémie ; Fibrinogène, TCA, PT ; NFS + Plaquettes)
- **Une échographie cardiaque** pour bilan d'obésité et mise en place d'un traitement en centre spécialisé.
- **Un ECG** pour bilan d'obésité et mise en place d'un traitement en centre spécialisé.

Nous ne pourrions procéder à l'admission de votre patient (e) sans la totalité de ces examens.

Cordialement,

L'équipe pluridisciplinaire des Terrasses

# DOSSIER MEDICAL À REEMPLIR 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 :	Signature et cachet :

## ANTECEDENTS

---

### 1) NEONATAUX

Grossesse

Normale :	oui	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>
Diabète pendant la grossesse :	oui	<input type="checkbox"/>	non	<input type="checkbox"/>

Accouchement

Normal :	oui	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>
Poids (kg) :	.....	Taille (cm) :	.....	Terme : .....

### 2) ANTECEDENTS PERSONNELS

Allergies : oui  non

Facteur déclenchant :  Alimentaire : .....  
 Médicamenteux : .....  
 Autres : .....

Type de réaction :  Asthme : .....  
 Rhinite allergique : .....  
 Œdème de Quincke : .....  
 Urticaire : .....  
 Choc anaphylactique : .....  
 Autres : .....

Antécédents médicaux :

Hospitalisations : .....

Motifs : .....

Transfusion au cours des 12 derniers mois : Oui  Non

Maladie chronique autre que l'obésité : .....

Antécédents chirurgicaux :

.....  
.....

**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 entraine-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 SSR Nutrition-Obésité LES TERRASSES pour :

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

Autre(s) : .....

Date :

Signature du médecin :