

LES TERRASSES

Responsable SSR

Ludivine ESCANDELL

05 49 26 24 07

ludivine.escandell@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)

POLE SANITAIRE SSR NUTRITION OBESITE

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 **les prescriptions suivantes** :

- **Un bilan sanguin** (Glycémie ; Triclycérides ; 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 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 :