

## POLE SANITAIRE SMR NUTRITION OBESITE

### Responsable SMR

Edouard AGUILLE

05 49 26 24 07

[edouard.aguille@ugecam.assurance-maladie.fr](mailto:edouard.aguille@ugecam.assurance-maladie.fr)

### Médecin

Séverine DURIEUX

05 49 24 95 93

[severine.durieux@ugecam.assurance-maladie.fr](mailto:severine.durieux@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)

### Secrétaire administrative

Vanina BERTRAND

05 49 24 97 81

[vanina.bertrand@ugecam.assurance-maladie.fr](mailto:vanina.bertrand@ugecam.assurance-maladie.fr)

SEJOUR PREVENTION PENDANT LES VACANCES  
SCOLAIRES

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 **la prescription suivante** :

- **Un bilan sanguin** (Glycémie ; Insulinémie ; Triglycérides ; Cholestérol total, HDL – LDL ; Créatinémie – Urée ; Ferritine ; Fer sérique; Acide urique ; Transaminases SGOT – SGPT – Gamma FT, LDH, TSH ; Fibrinogène, TCA, PT ; NFS + Plaquettes).

Nous recevrons votre patient avec le résultat de ces examens.

Cordialement

L'équipe pluridisciplinaire des Terrasses

## DOSSIER MEDICAL À REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT

NOM DU PATIENT : .....

PRENOM : .....

SEXE : F  M

NATIONALITE : .....

DATE DE NAISSANCE : .....

TAILLE : .....

POIDS : .....

IMC : .....

SCOLARISE : OUI  NON

NIVEAU SCOLAIRE : .....

CLASSE ADAPTEE (SEGPA, ULIS.): .....

### GENERALITES

Nom et prénom du ou des responsables légaux :

.....

Adresse :

.....

Téléphone : .....

L'enfant vit avec :  Son père  Sa mère  Les deux  Autre :

Accompagnement socio-éducatif (éducateur spécialisé, accompagnant familial..) :

.....

Mesures éducatives ou judiciaires en cours :

.....

Patient adressé par :

Dr :

Spécialité :

Adresse :

Signature et cachet :

Si le médecin prescripteur n'est pas le médecin traitant :

Médecin traitant : Docteur ....

Adresse :

**ANTECEDENTS PERSONNELS**

Allergies :      oui                                        non     

Facteur déclenchant : .....

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

Antécédents médicaux :

Maladies ou handicap : .....

Hospitalisations : .....

Troubles comportementaux ou difficultés socio-adaptatives :  
.....

Difficultés à la vie en collectivité : .....

Antécédents chirurgicaux :

.....

Traitements médicamenteux, orthèses, prothèses :

.....

Prise en charge paramédicale ou éducative (psychomotricité, kinésithérapie, orthophonie, IME, SESSAD, ITEP..) :

.....

Suivi en cours ou déjà effectué concernant le surpoids :      Oui                                  Non

Si oui, nom et métier du professionnel (ou de l'institution) :  
.....

Suivi psychiatrique ou psychologique actuel :      OUI                                   NON

Motif : .....

Antécédents d'autolyse, de scarification:  
.....

Suivi psychologique par le passé : OUI       NON

## ANTECEDENTS FAMILIAUX

### MERE

HTA  Diabète  Hyperlipidémie

Autres maladies : .....

### PERE

HTA  Diabète  Hyperlipidémie

Autres maladies : .....

### FRERES ET SŒURS :

Maladies : .....

## RECOMMANDATIONS VACCINALES

Avant son arrivée dans l'établissement, l'enfant doit être à jour de ses vaccinations

Merci de joindre à ce dossier une copie du carnet de vaccination

## CONCLUSION

Je soussigné(e), Dr.....exerçant à  
..... demande à ce que l'enfant .....  
soit admis au SMR Nutrition-Obésité LES TERRASSES pour :

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

Autre(s) : .....

**Afin de réaliser un séjour de prévention sur une période de vacances scolaires.**