



## CONSULTATION D'INCLUSION

**Date de la consultation :** ...../...../.....      **Médecin référent :**

**Patient :** Nom : .....      Prénom : .....  
 Date de naissance : ...../...../.....      Sexe : .....

**Consultation demandée par :**

<input type="checkbox"/> Le médecin Traitant, Nom : <input type="checkbox"/> Autre Médecin : <input type="checkbox"/> PMI <input type="checkbox"/> Santé Scolaire	<input type="checkbox"/> L'enfant, Motif :  <input type="checkbox"/> Les parents, Motif :
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------

**Histoire de l'enfant**

**Antécédents familiaux et facteurs de risque :** (*reprendre la composition de la famille*)

	Parents		Gds parents		Fratrerie	
	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non
Surpoids (IMC>25)						
Obésité ( IMC >30)						
Diabète						
Hypercholestérolémie						
Hypertension						
Maladies Cardio Vasculaires						

**Antécédents personnels**

Naissance

Poids (kg) : .....kg      Taille (cm) : .....cm      Terme : .....  
 Allaitement :  oui  non, si oui : durée : .....mois      Age de la diversification : : ..... mois

**Pathologie(s) autres que l'obésité :** Allergie :  oui  non      Asthme :  oui  non      Autres : .....

**Prises médicamenteuses associées :**

**Histoire du poids** (☞ *Joindre les courbes : poids, taille et courbe IMC*) \*

Age du rebond: .....      Age du début de l'obésité : .....  
 Prise de poids excessive durant les 2 premières années de la vie : :  oui  non

**Facteurs déclenchant :**       OUI       NON      Si OUI, préciser : .....

**Prise en charge antérieure :**       OUI       NON      Si OUI, préciser : .....

**Examen clinique**

**Age :** ..... ans .....mois      **Tension artérielle :** .....

Poids (kg)		Tour de taille	
Taille (m)		Rapport TT/T	
IMC			
Z- score d'IMC			
Croissance staturale	<input type="checkbox"/> régulière	avancée	<input type="checkbox"/> infléchissement

**Puberté :** Stade selon Tanner :

**Fille :** S.../ P... / A.... Date des premières règles :

Troubles des règles :  oui  non

**Garçon :** G...../ P...../ A.....

**Morbidité associée à l'obésité :**

<input type="checkbox"/> Vergetures	<input type="checkbox"/> Intertrigo	<input type="checkbox"/> Dyspnée et/ ou toux à l'effort	<input type="checkbox"/> Hirsutisme
<input type="checkbox"/> Acanthosis nigricans	<input type="checkbox"/> Gynécomastie	<input type="checkbox"/> Anomalies des membres inférieurs	<input type="checkbox"/> Hépatomégalie
<input type="checkbox"/> Céphalées	<input type="checkbox"/> Caries dentaires	<input type="checkbox"/> Trouble de la statique vertébrale	<input type="checkbox"/> Ronflements nocturnes

Autres anomalies cliniques, préciser : .....

**Examens complémentaires déjà réalisés :**  oui  non Si oui lesquels (*joindre les bilans*) :

**Comportement psychologique :**

Existence d'un trouble psychologique :  oui  non Si oui, précisez :

Prise en charge psychologique :  oui  non Si oui, précisez :

**Habitudes alimentaires :** (*reprendre le questionnaire « journal alimentaire » rempli par les parents*)

Habitudes alimentaires Culturelles	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non				
Petit déjeuner :	<input type="checkbox"/> 0 : absent	<input type="checkbox"/> 1 : incomplet	<input type="checkbox"/> 1 : excès	<input type="checkbox"/> 1 : inconstant	<input type="checkbox"/> 2 : correct	<input type="checkbox"/> erreur composition
Goûter :	<input type="checkbox"/> 0 : absent	<input type="checkbox"/> 1 : incomplet	<input type="checkbox"/> 1 : excès	<input type="checkbox"/> 1 : inconstant	<input type="checkbox"/> 2 : correct	<input type="checkbox"/> erreur composition
Grignotages	<input type="checkbox"/> 0 : oui	<input type="checkbox"/> 1 : non				
Boissons sucrées :	<input type="checkbox"/> 0 : souvent	<input type="checkbox"/> 1 : parfois	<input type="checkbox"/> 1 : rarement	<input type="checkbox"/> 2 : non		
Sucreries et bonbons	<input type="checkbox"/> 0 : souvent	<input type="checkbox"/> 1 : parfois	<input type="checkbox"/> rarement	<input type="checkbox"/> 2 : non		
Produits gras et salés	<input type="checkbox"/> souvent	<input type="checkbox"/> parfois	<input type="checkbox"/> rarement			
Se ressert à table :	<input type="checkbox"/> 0 : oui	<input type="checkbox"/> 1 : non				
Fruits et légumes	<input type="checkbox"/> insuffisant	<input type="checkbox"/> un peu	<input type="checkbox"/> correct			

**Troubles des conduites alimentaires :** Boulimie hyperphagique  oui  non

Comportement de restriction  oui  non

**Activité physique :** (*reprendre les réponses de la fiche de renseignements*)

**Nombre d'heures de sport / semaine :**

A l'école : ... H En dehors :  0h  1h  2H  3H  >3H  >5H

Club de sport  OUI  NON Si oui, lequel : .....

Activités sportives des parents  non  oui si oui, préciser : .....

Activités sportives avec les parents  non  oui si oui, préciser : .....



Nombre d'heures TV ou écran par jour	1H	2H	3H	4H	5H	>5H
En période d'école						
En vacances ou week-end						
TV pendant les repas	<input type="checkbox"/> OUI			<input type="checkbox"/> NON		
TV dans la chambre	<input type="checkbox"/> OUI			<input type="checkbox"/> NON		

**Trajet Domicile - Ecole :**

A pieds :  oui  non, si oui : durée par j : .....min

En vélo :  oui  non, si oui : durée par j : ...min

**Projet Personnalisé de Soins**

Âge : .....ans

IMC : .....

Z score : .....

Obésité :  degré 1  degré 2

Obésité familiale  oui

non

**Motivations pour la prise en charge :**

- |                                                      |   |   |   |
|------------------------------------------------------|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Moquerie(s) :               | ☹ | ☺ | ☺ |
| <input type="checkbox"/> Tenue vestimentaire         | ☹ | ☺ | ☺ |
| <input type="checkbox"/> Accès à l'activité physique | ☹ | ☺ | ☺ |

**Orientation réseau grandir**

Évaluation diététique :  oui  non

Évaluation psychologique :  oui  non

Consultation activité physique :  oui  non

**Prochain rendez-vous de suivi le :** ...../...../.....