

RCP - Obésité Pédiatrique Fiche Pré-séance

Pour une demande de présentation en RCP, veuillez compléter les 3 premières pages et l'envoyer au CSO-CALORIS par mail : caloris@chu-clermontferrand.fr.

Pour toute question, vous pouvez contacter le CSO-CALORIS par mail ou au 04 73 75 24 59.

IDENTIFICATION DU MEDECIN DEMANDANT L'AVIS

Nom : Lieu d'exercice :

Prénom : Spécialité :

IDENTIFICATION PATIENT

Nom : Prénom :

Sexe : Homme Femme

Date de naissance :/...../..... Age :

Niveau scolaire :

Ville de naissance : Département naissance :

Domicile actuel (ville) : Département actuel :

Le patient a-t-il un traitement médicamenteux en cours ?

OUI NON

Si oui, commentaire :

.....
.....
.....
.....

Le patient bénéficie-t-il d'une prise en charge spécialisée ?

OUI NON

Si oui :

Médecin/structure référent(e) : Cliquez ici pour taper du texte.

Hôpital de jour Hôpital de semaine Hospitalisation

Consultations de suivi avec : Autre :

Descriptif des précédentes prises en charge : (structure, durée, mode de prise en charge, médecin référent, ...) :

.....
.....
.....
.....

DONNEES CLINIQUES - HISTOIRE DE LA MALADIE

Poids actuel : Taille actuelle :

IMC actuel : Z-score actuel :

IMC maximal : Z-score maximal :

Poids de naissance : Taille de naissance :

Diabète gestationnel ? OUI NON

Si oui, commentaire :

.....
.....
.....
.....

[Joindre les courbes de croissance et d'IMC de l'enfant](#)

Antécédents médicaux :

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Diabète type 2 | <input type="checkbox"/> Syndrome d'apnée du sommeil |
| <input type="checkbox"/> Dyslipidémies : | <input type="checkbox"/> Atteinte articulaire |
| <input type="checkbox"/> Hypertension artérielle | <input type="checkbox"/> Autre(s) : |

AUTRES MEDECINS REFERENTS DU PATIENT

Nom : Lieu d'exercice :

Prénom : Spécialité :

Nom : Lieu d'exercice :

Prénom : Spécialité :

Nom : Lieu d'exercice :

Prénom : Spécialité :

Nom : Lieu d'exercice :

Prénom : Spécialité :

MOTIF DE PRESENTATION DU DOSSIER EN RCP

Résumé de la problématique actuelle et de la question posée :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Cadre réservé à la coordination de la RCP

Demande reçue le

Dossier complet : OUI NON

Dossier accepté : OUI NON

Si oui, date de la RCP où le dossier sera présenté : [\[Cliquez ici pour entrer une date.\]](#)

Liste des représentants de disciplines utiles pour la RCP :

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Allergologue : Dr Elodie MICHAUD | <input type="checkbox"/> Cardiologue : Dr Aurélie CHALARD |
| <input type="checkbox"/> Chirurgie orthopédique : Dr Marie ROUSSET | <input type="checkbox"/> Chirurgien digestif : Pr Karem SLIM |
| <input type="checkbox"/> Dentiste : Pr Martine HENNEQUIN | <input type="checkbox"/> Dermatologue : Dr Charlotte TEXIER |
| <input type="checkbox"/> Endocrinologue : Dr Daniel TERRAL | <input type="checkbox"/> Gastro-entérologue : Dr Nicolas CARON |
| <input type="checkbox"/> Généticien : Dr Christine FRANCANNET | <input type="checkbox"/> Gynécologue : Dr Sandrine CAMPAGNE-LOISEAU |
| <input type="checkbox"/> Médecine du sommeil : Pr Maria Livia FANTINI | <input type="checkbox"/> Médecine du sport : Dr Valérie JULIAN |
| <input type="checkbox"/> MPR : Dr Morgane TETARD | <input type="checkbox"/> Neuro-pédiatrique : Dr Catherine SARRET |
| <input type="checkbox"/> Pédiopsychiatre : Dr Dominique FENEON | <input type="checkbox"/> Pédiopsychiatre : Dr Diane CYRILLE |
| <input type="checkbox"/> Pneumologue : Dr Guillaume LABBE | <input type="checkbox"/> Rhumatologue : Pr Etienne MERLIN |

Autres professionnels :

Si non :

- Demande d'information(s) complémentaire(s) :
- Demande d'examen(s) complémentaire(s) :
- Proposition de suivi :

Demande traitée par, le

Signature :

Avis RCP - Obésité Pédiatrique

Date :

Médecin référent du CSO-CALORIS :

Nom et qualification des participants à la RCP :

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Allergologue : Dr Elodie MICHAUD | <input type="checkbox"/> Cardiologue : Dr Aurélie CHALARD |
| <input type="checkbox"/> Chirurgie orthopédique : Dr Marie ROUSSET | <input type="checkbox"/> Chirurgien digestif : Pr Karem SLIM |
| <input type="checkbox"/> Dentiste : Pr Martine HENNEQUIN | <input type="checkbox"/> Dermatologue : Dr Charlotte TEXIER |
| <input type="checkbox"/> Endocrinologue : Dr Daniel TERRAL | <input type="checkbox"/> Gastro-entérologue : Dr Nicolas CARON |
| <input type="checkbox"/> Généticien : Dr Christine FRANCANNET | <input type="checkbox"/> Gynécologue : Dr Sandrine CAMPAGNE-LOISEAU |
| <input type="checkbox"/> Médecine du sommeil : Pr Maria Livia FANTINI | <input type="checkbox"/> Médecine du sport : Dr Valérie JULIAN |
| <input type="checkbox"/> MPR : Dr Morgane TETARD | <input type="checkbox"/> Neuro-pédiatrique : Dr Catherine SARRET |
| <input type="checkbox"/> Pédopsychiatre : Dr Dominique FENEON | <input type="checkbox"/> Pédopsychiatre : Dr Diane CYRILLE |
| <input type="checkbox"/> Pneumologue : Dr Guillaume LABBE | <input type="checkbox"/> Rhumatologue : Pr Etienne MERLIN |

Autres professionnels :

Résumé de la proposition thérapeutique pour le patient :

.....

.....

.....

.....

.....

Avis rédigé par :, le

Signature :