

Demande de prise en charge - Obésité Pédiatrique CHU Estaing

Pour une demande d'Hôpital de Jour, veuillez compléter les 3 premières pages et envoyer la demande de prise en charge par mail : ProgMedicalPed@chu-clermontferrand.fr ou par fax : 04 73 75 11 96.

Pour toute question, vous pouvez contacter Mme SARTOUT CAROLINE au 04 73 75 00 18.

IDENTIFICATION DU MEDECIN DEMANDANT L'AVIS

Nom : Cliquez ici pour taper du texte.

Lieu d'exercice : Cliquez ici pour taper du texte.

Prénom : Cliquez ici pour taper du texte.

Spécialité : Cliquez ici pour taper du texte.

IDENTIFICATION DE L'ENFANT

Nom : Cliquez ici pour taper du texte.

Prénom : Cliquez ici pour taper du texte.

Sexe : Homme Femme

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

Age : Cliquez ici pour taper du texte.

Niveau scolaire : Cliquez ici pour taper du texte.

Ville de naissance : Cliquez ici pour taper du texte.

Département naissance : Cliquez ici pour taper du texte.

Domicile actuel (ville) : Cliquez ici pour taper du texte.

Département actuel : Cliquez ici pour taper du texte.

IDENTIFICATION DES PARENTS

MERE

Nom : Cliquez ici pour taper du texte.

Prénom : Cliquez ici pour taper du texte.

Adresse : Cliquez ici pour taper du texte.

Code postal : Cliquez ici pour taper du texte.

Ville : Cliquez ici pour taper du texte.

Téléphone fixe : Cliquez ici pour taper du texte.

Téléphone portable Cliquez ici pour taper du texte.

Mail : Cliquez ici pour taper du texte.

PERE

Nom : Cliquez ici pour taper du texte.

Prénom : Cliquez ici pour taper du texte.

Adresse : Cliquez ici pour taper du texte.

Code postal : Cliquez ici pour taper du texte.

Ville : Cliquez ici pour taper du texte.

Téléphone fixe : Cliquez ici pour taper du texte.

Téléphone portable Cliquez ici pour taper du texte.

Mail : Cliquez ici pour taper du texte.

Parents séparés : Oui Non

Représentant légal de l'enfant à contacter pour l'Hôpital de Jour ?

Mère Père Les deux parents

Autre personne : préciser Cliquez ici pour taper du texte.

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

OUI

NON

Si oui, commentaire :

Cliquez ici pour taper du texte.

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 : Cliquez ici pour taper du texte.

Autre : Cliquez ici pour taper du texte.

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

Cliquez ici pour taper du texte.

DONNEES CLINIQUES - HISTOIRE DE LA MALADIE

Poids actuel : Cliquez ici pour taper du texte.

Taille actuelle : Cliquez ici pour taper du texte.

IMC actuel : Cliquez ici pour taper du texte.

Z-score actuel : Cliquez ici pour taper du texte.

IMC maximal : Cliquez ici pour taper du texte.

Z-score maximal : Cliquez ici pour taper du texte.

Poids de naissance : Cliquez ici pour taper du texte.

Taille de naissance : Cliquez ici pour taper du texte.

Diabète gestationnel ?

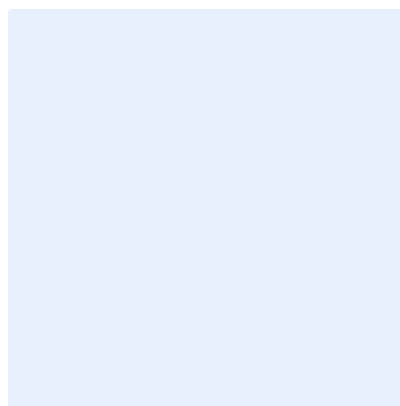
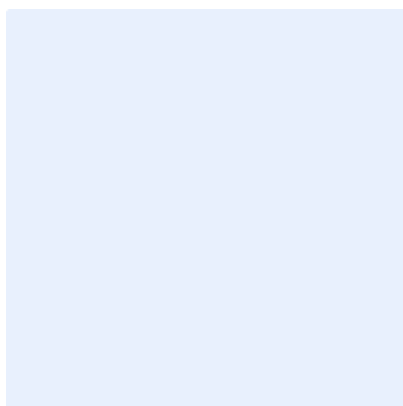
OUI

NON

Si oui, commentaire :

Cliquez ici pour taper du texte.

Joindre les courbes de croissance et d'IMC ci-dessous (format photo) ou en pièce jointe :



Antécédents médicaux :

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

AUTRES MEDECINS REFERENTS DU PATIENT

Nom : Cliquez ici pour taper du texte.

Lieu d'exercice : Cliquez ici pour taper du texte.

Prénom : Cliquez ici pour taper du texte.

Spécialité : Cliquez ici pour taper du texte.

Nom : Cliquez ici pour taper du texte.

Lieu d'exercice : Cliquez ici pour taper du texte.

Prénom : Cliquez ici pour taper du texte.

Spécialité : Cliquez ici pour taper du texte.

Nom : Cliquez ici pour taper du texte.

Lieu d'exercice : Cliquez ici pour taper du texte.

Prénom : Cliquez ici pour taper du texte.

Spécialité : Cliquez ici pour taper du texte.

Nom : Cliquez ici pour taper du texte.

Lieu d'exercice : Cliquez ici pour taper du texte.

Prénom : Cliquez ici pour taper du texte.

Spécialité : Cliquez ici pour taper du texte.

MOTIF DE DEMANDE D'HOPITAL DE JOUR

Résumé de la problématique actuelle et de la question posée :

Cliquez ici pour taper du texte.

Cadres réservés à la coordination de l'HDJ

Demande reçue le [Cliquez ici pour entrer une date.](#)

Dossier complet : OUI NON Dossier accepté : OUI NON

Si la demande d'Hôpital de jour est acceptée, date d'HDJ souhaitée : [Cliquez ici pour entrer une date.](#)

Bilan biologique à programmer :

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> NFS, plaquettes | <input type="checkbox"/> Iono sang, urée, créatinémie |
| <input type="checkbox"/> ASAT, ALAT | <input type="checkbox"/> CRP |
| <input type="checkbox"/> Bilan lipidique | <input type="checkbox"/> Glycémie à jeun : |
| <input type="checkbox"/> HbA1c | <input type="checkbox"/> HGPO |
| <input type="checkbox"/> Leptine | |
| <input type="checkbox"/> GH | <input type="checkbox"/> IGF1 |
| <input type="checkbox"/> TSH, T4, T3 | |
| <input type="checkbox"/> Cortisolémie | <input type="checkbox"/> Cortisol libre urinaire : |

Examens obligatoires :

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Test de marche de 6 min | <input type="checkbox"/> Exploration fonctionnelle respiratoire |
| <input type="checkbox"/> Autre : Cliquez ici pour taper du texte. | |

Bilan radiologique : OUI NON

[Cliquez ici pour taper du texte.](#)

Liste des consultations spécialisées à programmer :

- | | |
|---|---|
| <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 |
| <input type="checkbox"/> Autres professionnels : Cliquez ici pour taper du texte. | |

Si la demande d' HDJ est refusée :

- Demande d'information(s) complémentaire(s) : Cliquez ici pour taper du texte.
- Demande d'examen(s) complémentaire(s) : Cliquez ici pour taper du texte.
- Proposition de suivi : Cliquez ici pour taper du texte.

Demande traitée par Cliquez ici pour taper du texte., le Cliquez ici pour entrer une date.

Signature :

