

Maison d'Enfants à Caractère Sanitaire SSR Pédiatrique

54 chemin Saint Vincent - 73190 CHALLES LES EAUX

Tél : 04 79 72 86 82 - Fax : 04 79 72 89 17

www.maison-le-parc.com – Mail : leparc@maison-le-parc.com

Seuls les enfants de 6 ans révolus à 17 ans peuvent être pris en charge au sein de la maison d'enfants Le Parc

Pouvez-vous penser à passer par Trajectoire pour compléter cette demande.

Fiche Médicale de Pré-admission

Hospitalisation de jour – hospitalisation complète

A remplir par le Médecin de famille ou le pédiatre ou le Médecin RéPPOP

A retourner sous enveloppe « CONFIDENTIEL » à :

SSR « Le Parc »

A l'attention du Dr MENEURET

54 chemin Saint Vincent

73190 CHALLES-LES-EAUX

• L'enfant

NOM : Prénom(s) :

Né(e) le : à : Sexe : F M

Adresse :

Tél : Portable :

• Coordonnées des parents

Père NOM: Prénom :

Tél : Portable : Mail :

Adresse :

Mère NOM: Prénom :

Tél : Portable : Mail :

Adresse :

• Médecin prescripteur

NOM: Prénom :

Adresse :

Tél : Date de prescription :

I - HISTOIRE DU POIDS

Origine de l'excès de poids et prise en charge antérieure.

L'origine de l'excès de poids vous semble-t-elle liée à un événement particulier ? Oui Non NSP

Si oui, lesquels ? : Divorce ou séparation Difficultés scolaires Deuil
 Déménagement Autre (précisez) :

Cet excès de poids a-t-il fait l'objet par le passé d'une prise en charge Oui Non

Si OUI, par : Médecin Diététicien Psychologue
 Hôpital de jour Centre spécialisé Autre (précisez) :

Evolution de la corpulence

Remplir le tableau ci-dessous ou fournir la courbe IMC construite par votre logiciel

II – ANTECEDENTS FAMILIAUX

Fratrie

Rang dans la fratrie :

Prénom	F / G	Année de naissance	Excès pondéral	Commentaires
			<input type="checkbox"/>	
			<input type="checkbox"/>	
			<input type="checkbox"/>	
			<input type="checkbox"/>	
			<input type="checkbox"/>	

Informations complémentaires / Remarques éventuelles sur les antécédents familiaux

III – SITUATION ACTUELLE

Poids :Kg Taille :m IMC : Tour de taille :cm

Tension Artérielle : Min : Max :

➤ Prise en charge de l'excès de poids en cours : Oui Non

Si OUI, par : Médecin NOM : Ville :

Diététicien NOM : Ville :

Psychologue NOM : Ville :

Hôpital de jour (précisez) :

Centre spécialisé (précisez) :

Autre (précisez) :

➤ Autre prise en charge en cours : Oui Non

Si OUI, précisez : Nom..... Spécialité :..... Ville :

Troubles et complications liés à l'obésité

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Vergetures | <input type="checkbox"/> Hépatomégalie |
| Localisation : | <input type="checkbox"/> Acanthosis nigricans |
| <input type="checkbox"/> Hirsutisme | <input type="checkbox"/> Céphalées |
| <input type="checkbox"/> Gynécomastie | <input type="checkbox"/> Caries dentaires |
| <input type="checkbox"/> Intertrigo | <input type="checkbox"/> Aucun |
| <input type="checkbox"/> Anomalie des membres inférieurs | <input type="checkbox"/> Autre (précisez) : |
| <input type="checkbox"/> Trouble de la statique vertébrale | |
| <input type="checkbox"/> Ronflements nocturnes | |
| <input type="checkbox"/> Dyspnée ou toux à l'effort | <input type="checkbox"/> Complications psychologiques |

Autres anomalies cliniques

Difficultés psychologiques et troubles du comportement alimentaire

Troubles du comportement alimentaire :

- | | |
|---|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Boulimie nocturne | <input type="checkbox"/> Hyperphagie |
| <input type="checkbox"/> Compulsions | <input type="checkbox"/> Grignotages |
| <input type="checkbox"/> Autre (précisez) : | |

Difficultés psychologiques et problèmes scolaires

- Image de soi altérée
- Troubles du comportement associés (précisez) :
- Troubles des apprentissages ou difficultés scolaires (précisez) :
- Pathologie psychiatrique (précisez) :
- Autre (précisez) :

Examens complémentaires Remplir les items ci-dessous ou joindre les résultats d'analyses

Bilan métabolique (obligatoire si obésité de degré 2 ou antécédents familiaux de diabète ou dyslipidémies)

• Bilan lipidique :

TG : Chol. Total : HDL : LDL :

• Bilan glucidique :

Glycémie à jeun : Insulinémie :

• Bilan hépatique :

ASAT : ALAT : GammaGT :

Bilan endocrinien (uniquement si déjà réalisé)

• TSH : • Cortisol : • Autre :

Allergies (fournir un certificat médical)

- Médicamenteuses :
- Alimentaires :
- Autres :

IV – MOTIVATION DE LA DEMANDE D'ADMISSION

Motif :

- Obésité sévère compliquée
- Difficultés dans la prise en charge actuelle (précisez) :
-
-
-
- Situation familiale ou sociale complexe (précisez) :
-
-
-
- Autre (précisez) :
-
-

Motivation de l'enfant et de la famille pour intégrer le SSR :

- | | | | | |
|------------------|----------------------------|----------------------------|-----------------------------|--------------------|
| L'enfant : | <input type="checkbox"/> 😊 | <input type="checkbox"/> 😐 | <input type="checkbox"/> ☹️ | |
| Le père : | <input type="checkbox"/> 😊 | <input type="checkbox"/> 😐 | <input type="checkbox"/> ☹️ | |
| La mère : | <input type="checkbox"/> 😊 | <input type="checkbox"/> 😐 | <input type="checkbox"/> ☹️ | |
| Autre référent : | <input type="checkbox"/> 😊 | <input type="checkbox"/> 😐 | <input type="checkbox"/> ☹️ | (précisez) : |

JOINDRE IMPERATIVEMENT AU DOSSIER LES FICHES QUI SUIVENT



Maison d'Enfants à Caractère Sanitaire SSR Pédiatrique

NOM :

Prénom :

Date : / /

Fiche Motivation - Enfant

A remplir par l'enfant

Parle-nous un peu de toi...Qui es-tu ?

Pourquoi veux-tu faire ce séjour et quels sont tes objectifs en venant au Parc ?

As-tu déjà vécu une expérience similaire ? Te sens-tu prêt(e) à vivre en collectivité ?

As-tu des inquiétudes ou des questions ?
