





Professionnels de santé intervenants dans le suivi de l'enfant actuellement, toutes pathologies confondues (ex : médecins spécialistes, orthophoniste, psychomotricien, kiné, etc...)

## Mesures anthropométriques *Joindre la copie de la courbe de corpulence + courbes poids et taille*

\* Date: |\_|\_|/|\_|\_|/|\_|\_| : \* Poids (kg): \_\_\_\_\_ \* Taille : \_\_\_\_\_ \* IMC : \_\_\_\_\_

## Problématiques et pathologies associées à l'excès pondéral impactant la complexité de la situation

### Situation psychosociale complexe

Contexte psychosocial et/ou familial difficile. Précisions : \_\_\_\_\_

Retentissement psychologique

Souffrance psychologique importante

Estime de soi altérée, isolement, repli sur soi,

Trouble du comportement alimentaire. Précisions : \_\_\_\_\_

Anxiété  Syndrome dépressif

Autre pathologie pédo psychiatrique : \_\_\_\_\_

Moqueries, stigmatisation  Harcèlement (milieu scolaire, cyberharcèlement)  Phobie scolaire / refus scolaire anxieux

Autre impact sur la scolarité : \_\_\_\_\_

### Retentissement somatique de l'excès pondéral

Difficultés respiratoires (dyspnée d'effort, asthme...) : \_\_\_\_\_

Signes évocateurs de syndrome d'apnée du sommeil (SAOS)? Ou  SAOS avéré

Douleurs, limitations fonctionnelle, pathologies ostéo articulaires (lombalgies, arthralgie, entorses, ...) : \_\_\_\_\_

Complications métaboliques (anomalie du bilan lipidique, HTA, stéatose hépatique, diabète de type 2) : \_\_\_\_\_

Puberté avancée ou précoce

Syndrome des ovaires polykystiques SOPK

Autres :



# Obésité pédiatrique : Demande de prise en charge

Version :  
Decembre 2024

Page 4 sur 4

### Autres problématiques / pathologies associées

O Troubles du neuro développement : \_\_\_\_\_

O Handicap : \_\_\_\_\_

O Autre maladie chronique : \_\_\_\_\_

O Autres: \_\_\_\_\_

Traitements actuels : \_\_\_\_\_

### Besoins, attentes et craintes de l'enfant et de la famille

Préoccupation(s) principale(s) de l'enfant, de sa famille (besoins, attentes, craintes) :

\_\_\_\_\_

Sont ils prêts à s'engager dans un suivi régulier d'une durée idéale de 2 ans ?  Oui  Non  NSP

Précisions : \_\_\_\_\_

### Informations complémentaires à transmettre

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Demande établie le \* Date: |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

Par : \* Nom/prénom et coordonnées du professionnel ayant renseigné ce document:

Nom/prénom: \_\_\_\_\_

Téléphone: |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

Email : \_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_

Joignable par MonSisra  Oui  Non