



SMR Pédiatrique VAL PRE VERT

Traitement des pathologies digestives, métaboliques et endocriniennes

Domaine du Laou - 929, Route de Gardanne - 13105 MIMET

Tel : 04 42 16 07 00 / Mail : secretariat@valprevert.com

Chers confrères, chères consœurs,

Nous vous prions de bien vouloir remplir le dossier médical des enfants et adolescents en surpoids que vous nous adressez. Ce questionnaire nous permettra de les accueillir dans les meilleures conditions.

Notre programme repose sur des ateliers d'éducation thérapeutique, l'évaluation initiale de l'enfant et sa famille nous permet d'évaluer la pertinence d'une éventuelle prise en charge.

Elle n'est pas adaptée en cas de déficit cognitif sévère ou de pathologie psychiatrique invalidante.

Merci de bien vouloir prescrire les bilans suivants pour les enfants de plus de 10 ans :

- **Bilan biologique : NFS, plaquettes, glycémie à jeun, insulinémie, HBA1c, transaminases, bilan lipidique à jeun, TSH, ionogramme sanguin, bicarbonates, créatininémie, ferritinémie**
- **Dosage du cortisol libre urinaire sur 24h**
- **Consultation cardiologie avant réentraînement à l'effort**
- **En cas d'allergie alimentaire, merci de nous fournir obligatoirement le bilan allergologique mentionnant la liste des aliments concernés.**

Les résultats des examens doivent être apportés lors du premier bilan multidisciplinaire sur le SMR avec le carnet de santé

L'équipe médicale de VAL PRE VERT.



SMR Pédiatrique VAL PRE VERT

Traitement des pathologies digestives, métaboliques et endocriniennes

Domaine du Laou - 929, Route de Gardanne - 13105 MIMET

Tel : 04 42 16 07 00 / Mail : secretariat@valprevert.com

NOM :

PRÉNOM :

DATE DE NAISSANCE :

AGE :

NIVEAU SCOLAIRE :

DOSSIER MÉDICAL À REMPLIR PAR LE MÉDECIN TRAITANT SECTION NUTRITION

Patient adressé par

Dr :	Spécialité :
Adresse :	Signature et cachet :
Tel ou mail :	

Si le médecin prescripteur n'est pas le médecin traitant :

Médecin traitant :	Signature et cachet :
Adresse :	
Tel ou mail :	

Séjour à l'initiative de :

☐ Enfant ☐ Père ☐ Mère ☐ Médecin ☐ Autres :

ANTECEDENTS

Allergies

☐ **OUI**

☐ **NON**

Facteur déclenchant : ☐ Alimentaire :
☐ Médicamenteux :
☐ Autres :

Antécédents personnels :

- **Médicaux :**
- **Chirurgicaux :**
- **Troubles du développement neurocognitif :**
- **Suivi psychologique :**

Si OUI : Nom et coordonnées du professionnel assurant le suivi

.....

Traitements en cours

.....
.....

Scolarité en cours :

☐ Classique

☐ Classes adaptées (CLIS, SEGPA, Classes à petit effectif...)

HISTOIRE DE LA MALADIE

Rebond d'adiposité :

Démarches de soins antérieures autour de la prise de poids :

Comment	Par qui ?	Résultat

EXAMEN CLINIQUE

Poids :

Taille :

IMC :

EVALUATION DU COMPORTEMENT

L'enfant est-il agité ? OUI ☐ NON ☐

L'enfant a-t-il tendance à s'opposer ou à refuser ? OUI ☐ NON ☐

L'enfant présente-t-il des conduites à risques OUI ☐ NON ☐

☐ Fugues

☐ Agressivité

☐ Passage à l'acte

ATTENTES DE LA PRISE EN CHARGE SUR LE SMR

