

QUESTIONNAIRE MEDICAL
(À remplir avec votre médecin spécialiste)

Poids : kg Taille :, m IMC : ≥ 97ème percentile OUI NON

Cassure de la courbe de taille* OUI NON

Dysmorphie * OUI NON

Retard de développement neurologique* OUI NON

Obésité iatrogène* OUI NON

**En cas de présence de l'un de ces signes, évoquant une obésité secondaire, demander une consultation d'endocrinologie spécialisée pédiatrique.*

BESOINS EN ÉDUCATION THÉRAPEUTIQUE IDENTIFIÉS
(À remplir avec votre médecin spécialiste)

Programme initial

Programme de suivi ou de renforcement

Ateliers diététiques

- Consultation diététique individuelle d'ETP
- Ateliers équilibre alimentaire, collations, repas de fête, ...
- Ateliers culinaires (Préparation et dégustation d'un de repas)

Ateliers de remise en forme

(Joindre obligatoirement un certificat médical d'aptitude à l'activité physique)

Ateliers d'art thérapie

Aide psychologique :

- Soutien individuel de l'enfant
- Soutien de son entourage

Autres besoins identifiés avec l'enfant et sa famille

Précisez :

Participation de(s) parent(s) ou d'un autre membre de la famille (obligatoire)
Nom : Prénom lien avec l'enfant

Le Docteur (Nom/Prénom) :

a proposé à notre enfant de participer à un programme d'éducation thérapeutique intitulé :

« Education thérapeutique des enfants et des adolescents en surpoids ou obèses et de leur famille »

Nous avons reçu une notice d'information précisant le but et les modalités de déroulement de ce programme.

Notre consentement ne décharge pas l'équipe qui organise et anime ce programme de ses responsabilités et nous conservons tous nos droits garantis par la loi.

En participant à ce programme :

- Nous acceptons que les informations personnelles et/ou médicales puissent être partagées avec les autres interlocuteurs en lien avec le programme, et/ou de l'équipe soignante et/ou le médecin traitant.

- Nous acceptons que les données recueillies par les évaluations du programme puissent être utilisées (de façon anonyme) pour des études de recherche.

Nous pouvons, si nous le désirons et s'il le désire, interrompre sa participation à tout moment sans avoir à en préciser les raisons et sans compromettre la qualité des soins qui dont il peut bénéficier. Sa participation à ce programme ne modifie en rien la prise en charge médicale de sa maladie.

Nous pouvons bénéficier à tout moment d'un droit d'accès et de rectification des données informatisées concernant mon enfant dans le cadre de ce programme, conformément aux dispositions légales en vigueur.

Nous acceptons librement et volontairement que notre enfant participe à ce programme dans les conditions précisées dans la notice d'information.

Je pourrai à tout moment demander des informations complémentaires au
Docteur Philippe WALKER, endocrinologue n° de téléphone : 02 48 48 49 42
Ou au Dr Emilie MACIEJEWSKI, pédiatre n° de téléphone : 02 48 48 49 52

Enfant : (nom, prénom, date de naissance)

Parents (1 ou 2), représentant légal :

M., Mme, Mlle (nom, prénom) :

Adresse postale complète :

Tél :

e-mail :

Fait à

Le,

Signature des parents (1 ou 2) ou du représentant légal	Signature de l'enfant	Signature du médecin