

Association du Cher pour l'aide aux personnes diabétiques ou obèses

Château des Gadeaux <u>Secrétariat C.A.R.A.M.E.L.</u>
Avenue François Mitterrand—18020 BOURGES CEDEX
Secrétariat: 02.48.48.57.44 - association.caramel@ch-bourges.fr - www.caramel18.fr

Bulletin d'inscription programme d'éducation thérapeutique :

CARAMEL, Association du Cher pour l'aide aux personnes diabétiques ou obèses, organisme majoritairement financé par le FIR (Fonds d'Intervention Régional), en collaboration avec votre médecin traitant.

BUT GENERAL DU PROGRAMME :

Permettre aux enfants et adolescents en surpoids ou obèses et à leur entourage familial de développer des modifications de leur mode de vie plus favorable à leur santé et d'améliorer leur qualité de vie.

EN MA QUALITÉ DE MEMBRE:

- Je dispose d'un carnet d'éducation remis lors de mon entretien d'accueil.
- Mon médecin traitant est informé de mon entrée et de ma participation au programme.
- Ma participation est volontaire, en accord avec mes parents. Je suis libre de quitter le réseau à tout moment et m'engage à informer le secrétariat de mon départ.
- Je n'ai aucune cotisation à régler.

CONFIDENTIALITE:

- Les renseignements me concernant recueillis sont confidentiels et seuls les professionnels de santé qui me prennent en charge y ont accès.
- Les données recueillies et informatisées seront exploitées dans le respect absolu des dispositions de la loi 2004-801 du 06 août 2004 relative à la protection des personnes physiques.
- *« L'éducation thérapeutique s'inscrit dans le parcours de soins du patient. Elle a pour objectif de rendre le patient plus autonome en facilitant son adhésion aux traitements prescrits et en améliorant sa qualité de vie ». (art 84, loi HPST, juillet 2009)

Partie Réservée au secrétariat Réception le : Par :	Oui, je souhaite librement et volontairement d'inscrire mon enfant dans les conditions précisées dans la notice d'information Prénom - NOM du (des) responsables de l'enfant :
1. Dossier : N°	Adresse de correspondance :
2. Patient :	Téléphone : et/ou
3. Intervenant:	E.mail:
4. Date entretien d'accueil :	
Nom et spécialité du soignant cont Médecin traitant (Nom, Ville) Médecin pédiatre ou endocrinolo (Nom, Ville)	Date de naissance :// (âge à l'inscription :) N° d'affiliation à la sécurité sociale : Adresse de résidence : Est d'accord pour participer à ce programme

Ces informations, nécessaires à la gestion interne et à l'évaluation des activités de CARAMEL, font l'objet d'un traitement informatisé. Elles peuvent être communiquées sur demande aux organismes tutélaires (ARS). Conformément à la loi « Informatique et Libertés » du 6 janvier 1978, vous bénéficiez d'un droit de regard et de rectification aux informations qui vous concernent. Pour exercer ce droit et obtenir communication des informations vous concernant,





QUESTIONNAIRE MEDICAL (À remplir avec votre médecin spécialiste)			
Poids: kg Taille:, m IMC: ≥ 97ème percentile □OUI	□NON		
Cassure de la courbe de taille*			
Dysmorphie * □OUI □NON Retard de développement neurologique* □OUI □NON			
Obésité iatrogène*			
*En cas de présence de l'un de ces signes, évoquant une obésité secondaire, demander une consultation d'endocrinolo- gie spécialisée pédiatrique.			
BESOINS EN ÉDUCATION THÉRAPEUTIQUE IDENTIFIÉS (À remplir avec votre médecin spécialiste) Programme initial Programme de suivi ou de renforcement			
Trogramme minar			
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	0		
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			