

Etablissement pédiatrique de Soins de Suite et de Réadaptation

Prise en charge de l'obésité
Enfants et adolescents

63150 La Bourboule

Tél : 04.73.81.31.31

Fax : 04.73.81.31.39

E-mail : mecs.tzanou@ugecam-alpc.fr

Site : www.tza-nou.com



Récapitulatif des documents à retourner pour l'examen de votre dossier à :

SSR pédiatrique TZA NOU
230, rue Vercingétorix
63150 LA BOURBOULE

E-mail : mecs.tzanou@ugecam-alpc.fr

NOUS RETOURNER OBLIGATOIREMENT

- Dossier d'inscription
- Attestation d'assurance scolaire et extra scolaire (pour tout séjour)
- **Les 3 derniers bulletins scolaires de l'année en cours ou année précédente (pour tout séjour : année scolaire ou séjours courts)**
- 2 photos d'identité
- Photocopie :
 - De l'attestation Sécurité Sociale
 - De la carte Mutuelle ou CMU (recto-verso)
 - Du livret de famille
 - Du jugement du tribunal si séparation des parents (**page relative à l'autorité parentale et la résidence habituelle de l'enfant**)

FRAIS DE SEJOUR

La MECS « TZA NOU » est un établissement sanitaire. Ses règles de fonctionnement sont définies par le code de la Sécurité Sociale. Elle pratique un prix de journée « tout compris » (hébergement, frais médicaux) correspondant au tarif de responsabilité de la Sécurité Sociale, base de remboursement des frais de séjour de tous les régimes d'Assurance Maladie (régime général, M.G.E.N, M.S.A, S.N.C.F, Caisse nationale militaire,...).

L'Assurance Maladie ou son équivalent assume le coût du séjour selon les principes applicables aux structures de soins c'est-à-dire 80% du coût des soins (ou 100% pour certains régimes locaux, AES ou ALD).

Il reste donc à la charge des parents ou de la mutuelle (DMT 604) ou de la CPAM (au titre de la Couverture Maladie Universelle) les prestations non prises en charge par l'Assurance Maladie soit :

- Ticket modérateur (20%)
- Forfait hospitalier

Si, vous n'avez ni mutuelle, ni Couverture Maladie Universelle, les factures seront réglées le jour d'entrée. Une facture acquittée vous sera adressée.

Tout document doit être signé par les détenteurs de l'autorité parentale.

MODELE

BILAN SANGUIN A FAIRE A JEUN

- Glycémie à jeun – Glycémie post-prandiale
- Insulinémie
- Cholestérol, HDL, LDL, triglycérides
- NFS – VS
- TSH
- Ferritinémie – 25 OHD
- ASAT – ALAT
- HOMA
- CRP us

A faire prescrire par votre médecin traitant

Nom :

Prénom :

FICHE MEDICALE à remplir par le médecin traitant

Examen clinique

Poids actuel : kg

Taille actuelle : cm

IMC :

<u>Cardiologie</u> : Auscultation:	TA :	Pouls :
	Dyspnée d'effort :	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
<u>Pulmonaire</u> : Auscultation :	Apnée du sommeil :	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
<u>ORL</u> :	Ronflements nocturnes :	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
<u>Gynécologie</u> :	Stade pubertaire :	
Gynécomastie : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Pour les filles : réglée depuis	Dysménorrhée : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
<u>Endocrinien</u> :		
<u>Digestif</u> :		
<u>Cutané</u> : Vergetures :	Cellulite :	Acanthosis nigricans : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
<u>Urinaire</u> :	Enurésie diurne : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Enurésie nocturne : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
<u>Ostéo-articulaire</u> :	Genu valgum : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Scoliose : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
	Semelles orthopédiques : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Autre :
<u>Suivis</u> :	Diététique : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Psychologique : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
	Orthophonique : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Autre : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
<u>Autre</u> :		
<u>Traitement habituel</u> :		

HISTOIRE DE LA PRISE DE POIDS DE L ENFANT

Age de la prise de poids ? : ans

Avez-vous repérez un évènement déclenchant cette prise de poids ? : Oui non

Si oui, précisez :

L'enfant a-t-il déjà essayé de perdre du poids ? : Oui non

Si oui, Quand ? Comment ?

A quelles difficultés a-t-il été confronté pour mener à bien cette perte de poids ? et / ou Raisons de l'échec de cette perte de poids :

.....

A-t-il déjà effectué un séjour dans un centre pour perdre du poids ? Oui non

Si oui, Quand et où ?

Nom :

Prénom :

FICHE MEDICALE à remplir par le médecin traitant

Remplir ce tableau à l'aide du carnet de santé

Accouchement : Terme..... SA : Diabète gestationnel : Oui Non Allaitement : Oui Non

Age	Date	Poids (kg)	Taille (cm)	IMC	Age	Date	Poids (kg)	Taille (cm)	IMC
Naissance					6 ans				
3 mois					7 ans				
6 mois					8 ans				
9 mois					9 ans				
1 an					10 ans				
2 ans					11 ans				
3 ans					12 ans				
4 ans					13 ans				
5 ans					14 ans				

PARTIE PSYCHOLOGIQUE / EDUCATIF

Histoire de l'enfant

Evènements de vie : (merci d'indiquer les évènements stressants au cours de la vie de votre enfant en lien ou non avec la prise de poids) (exemple : problème de santé, décès, déménagements, changement d'école, séparation, conflits dans la famille, difficultés scolaire, moqueries...etc.)

Prise en charge psychologique :

Votre enfant a-t-il déjà vu un **Psychologue** ? Oui Non Coordonnées, adresse :

Pédopsychiatre ? Oui Non Coordonnées, adresse :

Si oui, pour quelle(s) raison(s) et quand ?

Votre enfant a-t-il ou a-t-il déjà eu un **traitement antidépresseur**? Oui Non

et / ou un **traitement anxiolytique** ? Oui Non

Si oui, pour quelle(s) raison(s) et quand ?

Addictions :

Votre enfant a-t-il ou a-t-il déjà eu des conduites addictives ? Tabac Cannabis Alcool

Si oui, précisez la consommation et depuis quand :

Autres conduites addictives, précisez :

Loisirs d'écrans, nombre d'heures passées devant :

	<i>h/jour en semaine</i>	<i>h/jour le weekend</i>		<i>h/jour en semaine</i>	<i>h/jour le weekend</i>
Téléphone			Internet		
Jeux vidéo			Télévision		

Nom :

Prénom :

FICHE MEDICALE à remplir par la famille

Scolarité :

Rappel de la classe :

Redoublement ? Oui Non, Si oui, quelle classe et pour quelle raison ?

Autonomie dans le travail scolaire ? Oui Non

Difficultés particulière à l'école ? Oui non

Si oui, précisez : SEGPA PAI AVS Autre : (précisez)

Relations sociales :

A beaucoup d'amis A quelques amis A peu d'amis

Isolement / repli Phobie scolaire Phobie sociale Déscolarisation

Comportement psycho-social :

Comportement de votre enfant à la maison, en famille :

Comportement de votre enfant à l'extérieur :

Traits de caractère principaux de votre enfant :

Relation mère - enfant :

Relation père - enfant :

Si beau père, Relation beau père – enfant :

Si belle mère, Relation belle mère – enfant :

Relation avec frère(s) et sœur(s) :

Si demi-frère(s) / sœur(s), Relation avec demi-frère(s) / sœur(s) :

Suivi socio-éducatif :

Votre enfant fait-il l'objet d'une mesure éducative ? Oui Non

Si oui, pour quoi et depuis combien de temps ?

Nom de l'éducateur : Tél :

Votre enfant fait-il l'objet d'un suivi social ? Oui Non

Si oui, pour quoi et depuis combien de temps ?

Nom de l'assistante sociale : Tél :

Structure familiale :

Personnes vivant avec votre enfant sous le même toit :

Si parents séparés : quel mode de garde ?

PS : joindre les résultats du bilan sanguin d'entrée prévu lors de la consultation de pré-admission

Date, signature et tampon du médecin traitant :

Nom :

Prénom :

FICHE MEDICALE à remplir par l'enfant lui-même

TON ACTIVITE PHYSIQUE

Transport domicile-école

Pour te rendre à l'école, quel moyen de transport utilises-tu ?.....

Combien de temps consacres-tu en moyenne dans ce type de transport ?

- Moins de 10 min/ jour Entre 10 et 20 min/jour Entre 30 et 40 min/jour Entre 40 et 60 min/jour Plus de 60 min/jour

Sport en club

Pratiques-tu un sport en club ou association ? OUI NON

Si oui, lequel ou lesquels ?

Combien de temps consacres-tu à cette activité sportive ?.....heures/semaines

Es-tu essoufflé(e) OUI NON Si oui au bout de combien de temps ?.....

Activités physiques de loisirs

Durant tes temps libres, pratiques-tu des activités physiques régulières telles que la marche, la danse, la natation, un sport collectif,... ?

- OUI NON

Si oui, lequel ou lesquels ?

Les pratiques tu Seul(e) En famille Avec des amis

En général, lorsque tu pratiques ces activités physiques, tu le fais environ heures/semaines

Es-tu essoufflé(e) OUI NON Si oui au bout de combien de temps ?.....

EPS (à l'école)

Es-tu dispensé(e) d'EPS ? OUI NON

– Si oui, pourquoi ?.....

– Si non, combien de temps y consacres-tu ?heures/semaines

Pratiques-tu une activité sportive avec l'école (A.S., U.N.S.S.) ? OUI NON

TON REPOS

• Heure de coucher : en semaine : h le week-end : h

SSR pédiatrique Tza-Nou

• Heure de lever : en semaine : h le week-end **Nom** : h.....

Prénom :

FICHE MEDICALE à remplir par l'ENFANT lui-même

TON ALIMENTATION

Prends-tu un petit déjeuner ? Oui non **quoi ?** :

Les repas sont pris (plusieurs réponses possibles) :

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Avec télévision ou ordinateur | <input type="checkbox"/> Sans télévision ni ordinateur | <input type="checkbox"/> à l'internat |
| <input type="checkbox"/> Seul(e) | <input type="checkbox"/> En famille | <input type="checkbox"/> à la cantine |
| <input type="checkbox"/> Dans ta chambre | <input type="checkbox"/> Dans la cuisine | <input type="checkbox"/> Dans la salle à manger |

Durée moyenne des repas (en minutes) : à midi : Min le soir : Min heure du dîner : heure

Composition du repas : entrée plat laitages dessert

Les aliments les plus consommés et combien de fois par semaine en consommes-tu ?

- | | | | |
|---|-------------------|---|-------------------|
| <input type="checkbox"/> Féculents : | X / semaine | <input type="checkbox"/> Pizza, kebab, quiche : | X / semaine |
| <input type="checkbox"/> Des fritures (frites, potatoes, ...) : | X / semaine | <input type="checkbox"/> Mayonnaise, Ketchup : | X / semaine |
| <input type="checkbox"/> Légumes : | X / semaine | <input type="checkbox"/> Fruits : | X / semaine |
| <input type="checkbox"/> Viandes | X / semaine | <input type="checkbox"/> Gâteaux | X / semaine |
| <input type="checkbox"/> Charcuteries | X / semaine | <input type="checkbox"/> Poissons : | X / semaine |
| <input type="checkbox"/> Laitages (, yaourts, lait) : | X / semaine | <input type="checkbox"/> Fromage : | X / semaine |
| <input type="checkbox"/> Sodas (coca, seven up, Ice tea...) : | X / semaine | <input type="checkbox"/> Jus de fruits : | X / semaine |
| | | <input type="checkbox"/> Pain : | X / semaine |

Prends-tu un goûter ? Oui non à heure **quoi ?** :

Grignotes-tu ente les repas ? Oui non **quand ?** :
 Si oui, pourquoi ?

- | | | |
|--|---|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Je ne sais pas | <input type="checkbox"/> Je ne peux pas m'en empêcher | <input type="checkbox"/> Ennui |
| <input type="checkbox"/> Faim | <input type="checkbox"/> Tristesse | <input type="checkbox"/> Gourmandise |
| <input type="checkbox"/> Stress, anxiété | | <input type="checkbox"/> Contrariété |

Quel genre d'aliments grignotes-tu ?

Où grignotes-tu ?

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> En cachette | <input type="checkbox"/> Devant la télévision, l'ordinateur | <input type="checkbox"/> Dans ta chambre |
| <input type="checkbox"/> Dans la cuisine | <input type="checkbox"/> Dehors | |

Combien de pizzeria, Quick, Mac Do ou Kebab ...? par semaine par mois

Combien de fêtes ou d'apéritifs familiaux auxquels tu participes ? par semaine par mois

As-tu des pratiques alimentaires liées à tes croyances, à ta religion ou à des allergies? Oui Non

Si oui, lesquelles ?

Nom :

Prénom :

FICHE MEDICALE à remplir par l'enfant lui-même

MOTIVATIONS écrites de l'enfant pour son futur séjour à TZA NOU

Comment te sens-tu de manière générale ? Pourquoi veux-tu venir à TZA NOU et qu'attends-tu de nous ? Que voudrais-tu que l'on t'aide à changer ? Te sens-tu prêt(e) à vivre en collectivité, en dehors de ta maison ?

Large area with horizontal dotted lines for writing.

Nom :

Prénom :

FICHE D'INSCRIPTION à remplir par la famille

AUTORISATIONS MEDICALES

Je soussigné(e), Mme : Père

Mr : Père

du patient hospitalisé : NOM : Prénom :

Autorise le Médecin à pratiquer ou à faire pratiquer :

- Des clichés radiographiques ou autres examens complémentaires à visée diagnostique
- A faire sortir mon enfant de l'hôpital ou de la clinique s'il y a hospitalisation par le personnel de l'établissement
- La réalisation des vaccinations légales

A Le

« Lu et approuvé »

Signature des détenteurs de l'autorité parentale :

Père

Mère