





**AUTORISATION PARENTALE**

**PERE :**

Je soussigné : \_\_\_\_\_ ,

père de l'enfant : \_\_\_\_\_ ,

déclare avoir l'autorité parentale pour les autorisations suivantes

**MERE :**

Je soussignée : \_\_\_\_\_ ,

mère de l'enfant : \_\_\_\_\_ ,

déclare avoir l'autorité parentale pour les autorisations suivantes

**TUTEUR :**

Je soussigné(e) : \_\_\_\_\_ ,

tuteur de l'enfant : \_\_\_\_\_ ,

déclare avoir l'autorité parentale pour les autorisations suivantes

Déclare choisir l'hospitalisation à Théraé, Centre Médical pour cet enfant et autorise le médecin de Théraé, Centre Médical à pratiquer ou faire pratiquer :

- Toute intervention médicale ou opération chirurgicale urgente nécessaire à l'état de santé de l'enfant
- Des clichés photographiques à visée diagnostique
- Sortir l'enfant de l'hôpital ou de la clinique s'il y a hospitalisation par le personnel de Théraé, Centre Médical
- Les vaccinations légales

En outre, j'autorise Théraé, Centre Médical à pratiquer les examens nécessaires au suivi médical de mon enfant : dépistage d'infections ou de maladie génétique (...)

A \_\_\_\_\_, Le \_\_\_\_\_

**Lu et Approuvé**

Signature des responsables légaux



## **Dossier de pré-admission**

en hospitalisation complète pour  
**adolescent en surpoids ou obèse**  
à Théraé, Centre Médical, à La Chaussée St Victor

### **FICHE PERSONNELLE (N°3) A REMPLIR PAR LE JEUNE**

Nom du jeune : \_\_\_\_\_  
Prénom : \_\_\_\_\_  
Date et lieu de naissance : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ ,  
à \_\_\_\_\_ Sexe :  F /  M

PHOTO

Date : \_\_\_\_\_

signature du jeune



**TON ACTIVITE PHYSIQUE**

**TRANSPORTS**

- Quand tu te déplaces, par quels moyens le fais-tu ?  
 La marche     le vélo     les rollers     la trottinette     autre

Pour chacune des saisons, donne une réponse au moyen d'une des lettres suivantes :

*A = rarement ou jamais,*

*B= moins d'une fois/sem.,*

*C=environ 1 fois par semaine et plus.*

Au printemps : \_\_\_\_\_    En été : \_\_\_\_\_

A l'automne : \_\_\_\_\_    En hiver : \_\_\_\_\_

- En général, lorsque tu utilises ce type de transport, tu le fais environ :  
\_\_\_\_\_ jours/semaine
- 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

**LOISIRS**

- Durant tes temps libres, pratiques-tu des activités physiques régulières telles que :  
 la marche     la danse     sport collectif     autre
- Quel sport pratiques-tu le plus souvent ? .....
- Quand tu pratiques cette activité physique, tu le fais environ \_\_\_\_\_ jours/semaine
- Combien de temps consacres-tu en moyenne à cette activité physique ?  
 Moins de 10 min./jour     Entre 10 et 20 min./jour     Entre 20 et 40 min./jour  
 Entre 40 et 60 min./jour     Plus de 60 min./jour
- Ta respiration et le rythme de ton cœur sont  
 peu modifiés     moyennement rapides     rapides     très rapides
- Tu es essoufflé :     dans l'immédiat     durant l'activité

**SCOLARITE**

Voici une série de questions portant sur ton activité principale : collège ou lycée

- Combien de jours par semaine vas-tu au collège/lycée ? \_\_\_\_\_ jours.
- En général, à l'école, tu marches :     - de 30 min     entre 30 et 60 min     60 min et +  
 d'un pas lent     d'un pas modéré     d'un pas rapide
- Pratiques-tu du sport pendant le temps scolaire ?     oui     non

**TON ALIMENTATION**

**Nombre de repas par jour :**

**Les repas sont pris (plusieurs réponses possibles) :**

- avec télévision ou ordinateur
- sans télévision ni ordinateur
- en famille
- à la cantine
- seul dans ta chambre
- seul dans la cuisine
- seul dans la salle à manger

**Durée moyenne des repas** (en minutes) :

**Habitudes alimentaires :**

**Combien de fois par semaine consommes-tu :**

- des fritures (frites, potatoes, ...) : \_\_\_\_\_ fois/semaine
- pizza, kebab, quiche : \_\_\_\_\_ fois/semaine
- légumes : \_\_\_\_\_ fois/semaine
- fruits : \_\_\_\_\_ fois/semaine
- viandes : \_\_\_\_\_ fois/semaine
- poissons : \_\_\_\_\_ fois/semaine
- laitages (fromages, yaourts, lait) : \_\_\_\_\_ fois/semaine
- sodas (coca, seven up, Ice tea...) : \_\_\_\_\_ fois/semaine
- jus de fruits : \_\_\_\_\_ fois/semaine

**Prends-tu un petit déjeuner ?**

- oui
- non

**Grignotes-tu entre les repas ?**

- oui
- non

Si oui, pourquoi ? (*plusieurs réponses possibles*)

- ennui
- tristesse, contrariété
- stress, anxiété
- faim
- gourmandise
- je ne sais pas

**Quel genre d'aliments grignotes-tu ?**

.....

.....

**Où grignotes-tu ?**

- en cachette
- devant la télévision, l'ordinateur
- dans ta chambre
- dans la cuisine
- dehors







## Dossier de pré-admission

en hospitalisation complète pour  
**adolescent en surpoids ou obèse**  
 à Théraé, Centre Médical, à La Chaussée St Victor

### FICHE MEDICALE (N°4) à remplir par le médecin traitant ou médecin prescripteur

Nom du jeune : \_\_\_\_\_  
 Prénom : \_\_\_\_\_  
 Date et lieu de naissance : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ ,  
 à \_\_\_\_\_ Sexe :  F /  M

**Cachet du médecin prescripteur**  
 (nom, adresse, N° identification)

Téléphone : \_\_\_\_\_  
 Spécialité : \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_  
 Signature : \_\_\_\_\_

#### SITUATION FAMILIALE

Nombre de frères et sœurs : Frère(s) : ..... Sœur(s) : .....  
 Rang dans la fratrie : ..... Niveau scolaire : .....

	Année de Naissance	Poids	Taille	Maladie
Mère				
Père				
Enfant 1				
Enfant 2				
Enfant 3				
Enfant 4				
Enfant 5				

## RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

Antécédents médicaux et/ou maladie chronique :

-  
-  
-

Antécédents chirurgicaux :

-  
-  
-

Suivi par un autre médecin ou spécialiste (nom et spécialité) :

-  
-  
-

## EXAMEN CLINIQUE

Poids actuel : ..... Kg

Taille actuelle : .....cm

IMC : .....

Vergetures :       oui       non

Gynécomastie :  oui       non

Enurésie :       oui       non

Encoprésie :       oui       non

**Auscultation cardiaque :**

TA : ..... Pouls : .....

**Auscultation pulmonaire :**

**Examen O.R.L. :**

**Stade pubertaire :**

Pour les filles, réglée depuis le : .....

**Bilan Endocrinien :**

Résultats : .....

## HISTOIRE DE LA MALADIE

**Comportement alimentaire :**

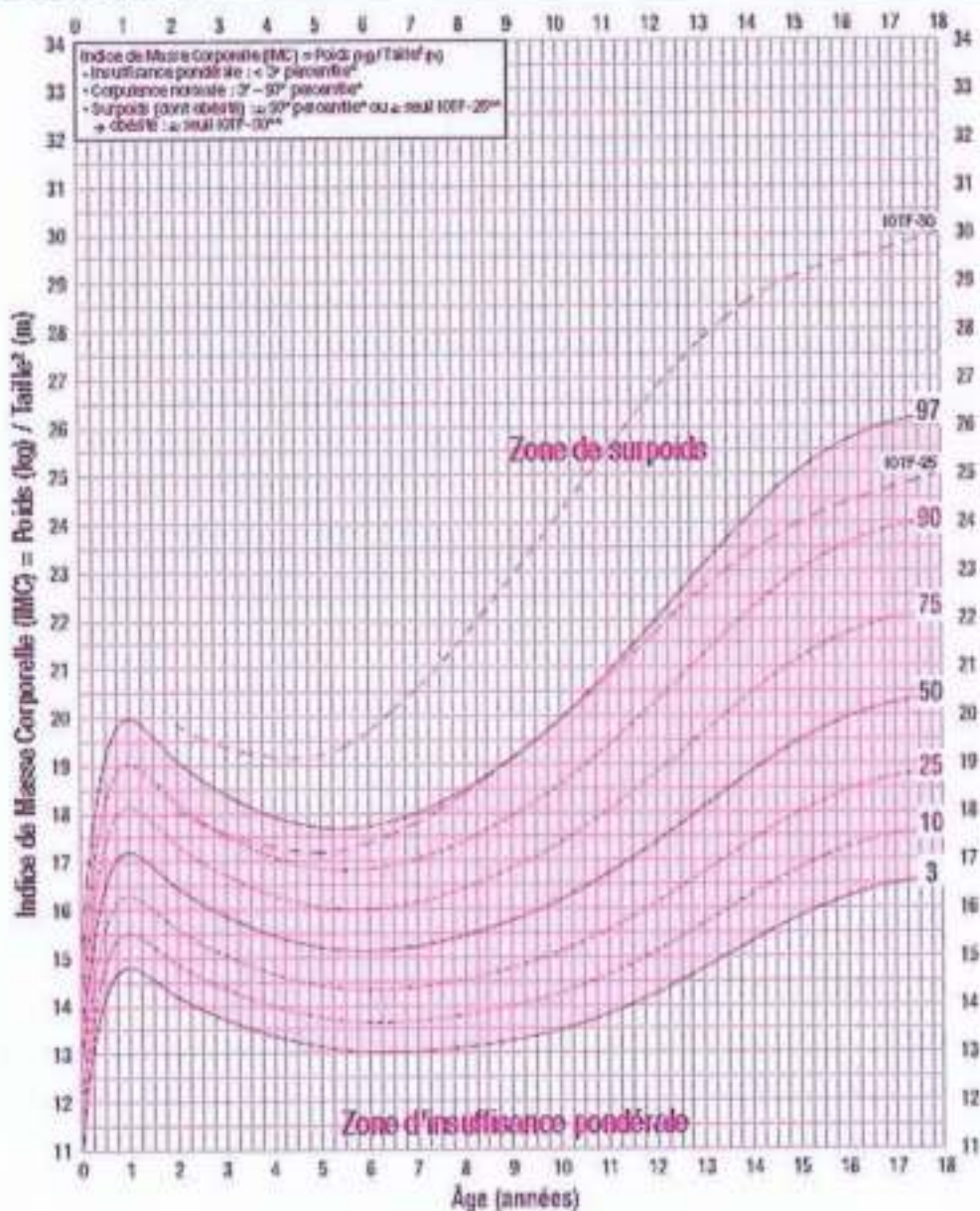
- De quand date la prise de poids ? .....
- Quel a été l'événement déclenchant ? .....
- L'enfant a-t-il déjà essayé de maigrir ? Quand ? .....
- Comment ? .....
- A quelles difficultés a-t-il été confronté pour mener à bien ce projet ? .....
- .....
- Raisons de l'échec : .....
- A-t-il déjà effectué un séjour en maison d'enfants pour surcharge pondérale ?
- oui       non



**Comportement psycho-social:**

- Comportement à l'extérieur : .....
- Comportement dans la famille : .....
  - avec les frères et sœurs : .....
  - avec les parents : .....
- Caractère de l'enfant : .....
- Loisirs de l'enfant : .....
- L'enfant a-t-il été suivi sur un plan psychologique ou psychiatrique ?  Oui  Non  
Si oui, nom du praticien : .....
- L'enfant suit-il un traitement anti-dépresseur ?  Oui  Non
- L'enfant fait-il l'objet d'une mesure éducative :  Oui  Non  
Nom de l'Éducateur : ..... Tél : .....
- Nom de l'Assistante Sociale : ..... Tél : .....

**Courbe de corpulence chez les filles de 0 à 18 ans :**



Courbe de corpulence chez les garçons de 0 à 18 ans :

