

## FICHE ADMINISTRATIVE de l'adolescent (à remplir par la famille)

<p>Nom : _____</p> <p>Prénom : _____</p> <p>Date de naissance : ____ / ____ / ____ Sexe : <input type="checkbox"/> F / <input type="checkbox"/> M</p> <p>Médecin Traitant : _____</p> <p>Scolarisé(e) en classe de : _____</p> <p>Etablissement scolaire : _____</p> <p>Ville : _____</p>	<p>PHOTO</p>	<p>Date de la demande : ____ / ____ / ____</p>
---	--------------	--

RENSEIGNEMENT sur la MERE :	RENSEIGNEMENT sur le PERE :
Nom : _____	Nom : _____
Prénom : _____	Prénom : _____
Adresse : _____ _____	Adresse : _____ _____
Code postal : _____ Ville : _____	Code postal : _____ Ville : _____
Email : _____	Email : _____
Tél. Domicile : _____	Tél. Domicile : _____
Tél. Portable : _____	Tél. Portable : _____
Profession : _____	Profession : _____
Tél. Professionnel : _____	Tél. Professionnel : _____
Titulaire de l'autorité parentale : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Titulaire de l'autorité parentale : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

**PERSONNE A PREVENIR :**

Nom, prénom, adresse, N° de tél. et lien avec l'adolescent : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

[illegible]

**Merci de joindre une photocopie :**

- Carte d'identité de l'adolescent
- De l'attestation de Sécurité Sociale
- Recto verso de la carte de mutuelle

## 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 ?
 

<input type="checkbox"/> Moins de 10 min./jour	<input type="checkbox"/> Entre 10 et 20 min./jour	<input type="checkbox"/> Entre 30 et 40 min./jour
<input type="checkbox"/> Entre 40 et 60 min./jour	<input type="checkbox"/> 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 : collègue 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

## MOTIVATIONS

**écrites par l'adolescent lui-même**

Merci de décrire en quelques lignes, pourquoi tu souhaites être accompagné dans le cadre de Théraé, Centre Médical ?

Comment te sens-tu de manière générale ?

Quel est, ou quels sont les éléments qui ont déclenché ta demande ?

Qu'attends-tu de nous ?

Te sens-tu prêt(e) à vivre en collectivité, en dehors de ta maison ? ...

[illegible]

## 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 ☐ nonGynécomastie : ☐ oui ☐ nonEnurésie : ☐ oui ☐ nonEncoprésie : ☐ 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 :**

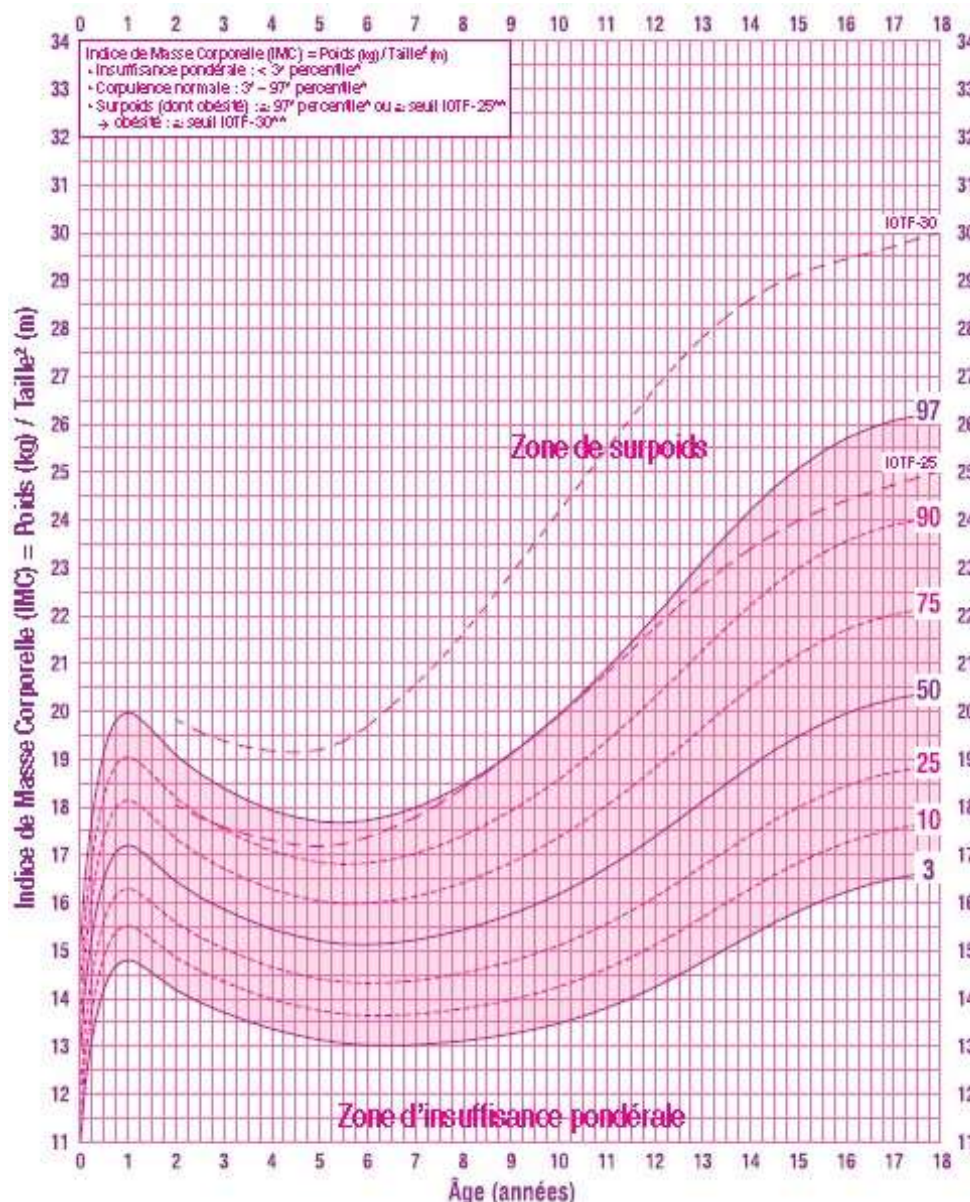
- De quand date la prise de poids ? .....
- Quel a été l'événement déclenchant ? .....
- L'enfant a-t-il déjà essayé de maigrir ? Quand ? .....  
Comment ? .....
- A quelles difficultés a-t-il été confronté pour mener à bien ce projet ? .....  
.....
- Raisons de l'échec : .....
- A-t-il déjà effectué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

