



DEMANDE DE PREMIÈRE CONSULTATION SPÉCIALISÉE (à compléter par un médecin)

À envoyer à : secretariat.nutrition.ped@chu-tours.fr
Plus d'informations sur l'obésité en région : www.obecentre.fr

⚠ PIÈCE OBLIGATOIRE À JOINDRE : Courbes de croissance poids/taille/IMC.

Le Centre Spécialisé de l'Obésité (CSO) propose une prise en charge **des enfants et adolescents en situation d'obésité avec un IMC $\geq$ IOTF-35 ou lorsque l'obésité est dite complexe avec un IMC $\geq$ IOTF-30 kg/m² et présence d'un trouble du comportement alimentaire, d'un trouble du neuro-développement, d'un syndrome génétique, d'une complication de l'obésité.** Le suivi au CSO est décidé en fonction de différents critères dont l'origine géographique, la situation médicale. Cette prise en charge s'entend en suivi alterné avec le médecin traitant.

1. INTERVENANTS & IDENTIFICATION PATIENT

MÉDECIN DEMANDEUR

Date demande : ____/____/202__

Dr : _____

Commune : _____

Médecin traitant (si diff.) : _____

Dr : _____

PATIENT(E)

Nom / Prénom : _____

Né(e) le : ____/____/____ Âge : ____ ans

Sexe : ☐ F ☐ M

Parents Tél / Email : _____

Adresse : _____

2. ANTHROPOMÉTRIE (Critères obligatoires)

Taille : ____ cm

Poids actuel : ____ kg

IMC : ____ kg/m²

Poids max : ____ kg

3. COMPLICATIONS & COMORBIDITÉS (Cocher les cases correspondant à la situation)

☐ Diabète de type 2

☐ Hypertrigycéridémie > 5g/L

☐ Hypertension Artérielle (HTA)

☐ Syndrome d'Apnées du Sommeil

☐ Insuffisance respiratoire / BPCO / Asthme sévère

☐ Syndrome ovarien métabolique polyendocrinien (SOMP)

☐ Stéato-hépatite métabolique (MASH) / Fibrose hépatique

☐ Trouble des apprentissages

☐ Troubles du comportement alimentaire (TCA)

☐ Troubles psychiatriques / psychologiques

☐ Troubles cognitifs

☐ Perte d'autonomie / Handicap moteur

☐ Trouble du neurodéveloppement

Précisions psy/TCA : _____

Le patient a-t-il un PROJET de traitement MÉDICAMENTEUX de l'obésité (TMO) ? ☐ OUI ☐ NON