**Formulaire de demande d’évaluation**

Nous vous prions de bien vouloir répondre aux questions suivantes au mieux, selon ce que vous savez de l’enfant ou de l’adolescent que vous souhaitez adresser à notre consultation.

Seule les questions marquées d’un astérisque sont obligatoires, mais le plus nous obtenons d’informations, le plus nous serons à même de vous aider de manière efficiente.

Après nous avoir soumis votre formulaire, un membre de notre équipe prendra contact avec vous dans les plus brefs délais.

*Nous avons besoin de quelques informations à propos de l’enfant ou de l’adolescent vous souhaiteriez nous adresser*:

Le NOM et prénom de l’enfant/adolescent

Sa date de naissance

Son genre

Son adresse et code postal

Le nom du pédiatre référent

Le nom de l’école que l’enfant ou l’adolescent fréquente (nous ne contacterons jamais l’école avant d’obtenir votre consentement et celui de votre enfant)

Y a-t-il d’autres structures de soins impliquées dans la prise en charge de votre enfant ?

Comment avez-vous entendu parler de notre consultation ?

**Pouvez-vous nous fournir les informations suivantes à propos de vous**

Quel est votre domaine professionnel ?

Médecin généraliste

Pédiatre

Psychologue

Scolaire

Social

Votre nom et prénom

Le nom de l’institution pour laquelle vous travaillez

Votre numéro de téléphone

Votre adresse e-mail

**Pouvez-vous nous fournir les informations suivantes à propos du patient ou de la patiente vous souhaitez nous adresser \***

Le nom et prénom

Date de naissance

Genre

Le nom du médecin traitant

Avez-vous discuté avec le patient ou la patiente de votre souhait de l’adresser dans notre clinique ?

Avez-vous discuté avec les parents du patient ou de la patiente de votre souhait de l’adresser dans notre clinique ?

**Pouvez-vous nous fournir les coordonnées où nous pouvons joindre les parents du patient ou de la patiente\***

Numéro de téléphone

Nom et prénom

Lien au patient ou à la patiente

Numéro de téléphone supplémentaire

**Informations cliniques**

En moins de 250 mots, pouvez-vous nous résumer vos inquiétudes à propos de votre patient(e)\*

Quelle est sa taille (cm) actuelle (ou les dernières données dont vous disposez) ?\*

Quel est et son poids actuel (ou les dernières données dont vous disposez) ?\*

Quel son IMC actuel (ou les dernières données dont vous disposez) ? \*

* Si vous avez les courbes de croissance ou un dernier bilan sanguin, merci de nous les faire parvenir conjointement à ce formulaire.

Est-ce que son poids s’est modifié au cours du dernier mois ?\*

A diminué

A augmenté

Est stable

Pas d’informations

**Est-ce que l’enfant ou l’adolescent a montré l’un ou plusieurs des comportements suivants ?\***

Diminution de la quantité de nourriture mangée/ restriction alimentaire

Évitement d’un ou plusieurs groupe(s) important(s) d’aliments (pex fruits ou

légumes)

Manquer/sauter des repas

Vomissements auto-induits

Exercice physique excédant 30 minutes par jour

Comportements boulimiques (manger rapidement de larges quantités de

nourriture, avec une sensation de perte de contrôle)

Inquiétudes ou insatisfaction vis-à-vis de son poids

Inquiétudes ou insatisfaction vis-à-vis de sa silhouette

Passe une grande partie de la journée à penser à la nourriture, à son poids

ou à sa silhouette

Etourdissements ou vertiges

Evanouissements, pertes de connaissance

Carences nutritonelles

Anxiété

Dépression / humeur basse

Comportements autodommageables

Harcèlement scolaire

Quels sont les derniers paramètres physiques ?

Tension artérielle

Fréquence cardiaque au repos (en position couchée après repos de 5mn)

Température

Quel est selon vous le degré d’urgence ?

Instabilité hémodynamique

Etat de santé général

Risque pour l’enfant ou l’adolescent ou pour autrui

Y a-t-il un probable diagnostic de

Anorexie mentale

Boulimie

Autre

Y a-t-il quelque chose d’autre que vous voudriez que l’on sache mais que nous n’avons pas abordé dans les questions précédentes ?