

CLINIQUE ODYSÉE
Formulaire de référence

MÉDECIN OU PROFESSIONNEL RÉFÉRENT

Nom et prénom du médecin ou professionnel référent :

de permis :

Lieu de pratique/ nom de la clinique :

Téléphone :

Télécopieur :

Adresse électronique :

INFORMATIONS SUR L'USAGER

Nom :

Prénom :

Sexe : Féminin

Masculin

Date de naissance :

Âge :

RAMQ:

Exp. :

de dossier à HPB (si disponible) :

Autres professionnels assurant le suivi :

Idem au référent

Nom du médecin traitant/IPS :

Lieu de pratique/clinique :

Téléphone :

Télécopieur :

DONNÉES ANTHROPOMÉTRIQUES

Taille (cm) :

Poids (kg) :

IMC :



GÉNÉRALITÉS

Adresse complète :

Téléphone (maison) :

Parent à contacter

Autre parent

Nom, prénom :

de téléphone :

Adresse électronique :

CRITÈRES D'ADMISSIBILITÉ

- Usager de 5 - 17 ans ayant un IMC supérieur au 85^e percentile pour son âge (embonpoint) avec au moins une comorbidité telle que :
- Prédiabète/diabète
 - Hypertension
 - Apnée du sommeil
 - Stéatose hépatique
 - Dyslipidémie
 - Autre (détailler) :

- Usager de 5 - 17 ans ayant un IMC supérieur au 99,9^e percentile (obésité)

* Pour les enfants de moins de 5 ans, nous vous demandons de faire une demande via le CRDS pour une consultation en pédiatrie.*

INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES

- Parents informés et d'accord avec la demande

Signature du référent:

Date:

Ce formulaire doit être accompagné d'un résumé de dossier antérieur, les derniers résultats de laboratoire et la courbe de croissance de l'enfant. Les documents doivent être acheminés par télécopieur (450-468-7157) ou via l'adresse électronique du CRSP (cliniquepediatrique.pb.ci.sssme16@sss.gouv.qc.ca).

