

CLINIQUE ODYSÉE
Formulaire de référence

MÉDECIN OU PROFESSIONNEL RÉFÉRENT

Nom et prénom du médecin ou professionnel ou intervenant référent : _____
de permis (si pertinent) : _____
Lieu de pratique : _____
Téléphone : _____ Télécopieur : _____
Adresse électronique : _____

INFORMATIONS SUR L'USAGER

Nom : _____
Prénom : _____ Sexe : Féminin Masculin
Date de naissance : _____ / _____ / _____
Année Mois Jour Âge : _____
RAMQ : _____ Exp. : _____
de dossier à HPB (si pertinent) : _____
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: _____ / _____ / _____
Année Mois Jour

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.ciassme16@ssss.gouv.qc.ca).

