



Fondation Lenval

Hôpitaux Pédiatriques
de NICE CHU-LENVAL



Nice, le 20/03/2019

Madame, Monsieur,

Devant le nombre de demandes croissantes pour les prises en charge multidisciplinaire surpoids, et afin d'orienter au mieux votre enfant, nous vous demandons de nous retourner remplie **la fiche ci-jointe**, ainsi qu'idéalement une **lettre du Médecin traitant**.

Afin de pouvoir reconstituer les courbes de croissances de votre enfant, merci de remplir le **tableau ci-joint** à l'aide du carnet de santé ou de votre médecin.

A la réception du dossier, nous fixerons le rendez-vous première fois de votre enfant :

- Soit en consultation avec une endocrinologue pédiatre qui vous orientera ensuite en fonction des besoins.
- Soit en consultation pluridisciplinaire où votre enfant et vous rencontrerez : médecin, infirmière d'éducation, diététicienne +/- psychologue toute la matinée le mardi matin.
- Soit en hôpital de jour programmé où vous rencontrerez Médecin, infirmière d'éducation, diététicienne +/- psychologue, avec aussi une évaluation de capacités physique de votre enfant, un travail autour du repas, un bilan sanguin et autres examens jugés nécessaires sur une journée le mardi.

Les documents peuvent nous être retournés :

- Scannés à l'adresse mail : secretariat.endocrinologie@pediatrie-chulenal-nice.fr
- Par courrier :
Hôpital Lenval
Service Endocrinologie
57, av de la Californie
06 200 Nice
- Déposés au secrétariat : **aux consultations Médecine au rez-de-chaussée**



N° FINISS



060780947

Nom : _____ Prénom : _____

Date de naissance : _____

Téléphone parents : _____

Adresse : _____

Dernières mesures : Poids : _____ Taille : _____ Date : _____

Antécédents de l'enfant :

(Renseignements très importants pour orienter au mieux votre enfant car nous n'avons pas accès au dossier médical lors de la prise de rendez-vous) :

Ex : difficultés scolaire et/ou neurologiques, difficultés comportementales, asthme, interventions chirurgicales, maladies associées, etc.

.....
.....
.....
.....
.....
.....

Scolarisé en :

Antécédents des parents :

Mère : _____ Poids : _____ Taille : _____

Diabète : oui non hypercholestérolémie : oui non

Hypertension : oui non

Autre : _____

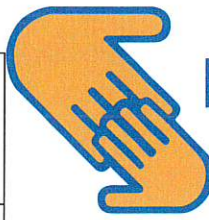
Père : _____ Poids : _____ Taille : _____

Diabète : oui non hypercholestérolémie : oui non

Hypertension : oui non

Autre : _____

En cas de désistement de dernière minute d'un autre patient, souhaitez-vous être rappelé pour avancer le rendez-vous de votre enfant ? oui non



Fondation Lenval

Hôpitaux Pédiatriques
de NICE CHU-LENVAL

N° FINESS



060780947

Consultation	Date	Taille	Poids	Consultation	Date	Taille	Poids	Consultation	Date	Taille	Poids
Naissance				6 ^{ème} année				12 ^{ème} année			
1 ^{ère} année				7 ^{ème} année				13 ^{ème} année			
2 ^{ème} année				8 ^{ème} année				14 ^{ème} année			
3 ^{ème} année				9 ^{ème} année				15 ^{ème} année			
4 ^{ème} année				10 ^{ème} année				16 ^{ème} année			
5 ^{ème} année				11 ^{ème} année				17 ^{ème} année			