

**Demande de prise en charge PEDIATRIQUE sur le Centre Spécialisé de l'Obésité
au Centre Hospitalier Grenoble Alpes**

Cette demande doit être remplie par votre médecin/pédiatre traitant ou spécialiste, puis nous être adressée par voie postale, fax : **04 76 76 50 42** ou par mail à **gerom@chu-grenoble.fr**

Coordonnées du médecin adressant -----

Nom Prénom : Adresse :

Téléphone Mail :

Coordonnées du patient -----

Nom, Prénom : Date de naissance : Age :

Adresse :

Numéro téléphone parents : Email parents :

Mesures / Antécédents -----

Poids : Taille : IMC :

Antécédents médico-chirurgicaux :

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

Traitements :

.....

Demande -----

Motif de la demande :

.....

.....

▪ Suspicion obésité secondaire : Non Oui

▪ Antériorité de suivi de l'obésité : Non Oui

Si oui : Reppop SSR Liberal CMP

Autre :

Merci de joindre les courbes de poids, taille et corpulence du carnet de santé

Demande établie par : en date du :

Signature et cachet du médecin :