



Demande de prise en charge sur le Centre Spécialisé de l'Obésité PEDIATRIE



Centre Hospitalier Universitaire Grenoble Alpes

Cette demande doit être complétée par un médecin (généraliste, pédiatre ou spécialiste), puis être adressée :

Centre Hospitalier de Grenoble Alpes
Pavillon Les Ecrins - Service Endocrino-Diabéto
CS 10 217 – 38043 Grenoble Cedex 9

Par mail : gerom@chu-grenoble.fr
Par fax : 04 76 76 50 42
En ligne : <https://mychuga.sante-ra.fr/>

Coordonnées du patient

Nom : _____ Prénom : _____
Date de naissance : ____ / ____ / ____ Age : _____
Adresse : _____
Tél des parents : _____ Mail parents : _____
Tél des parents : _____ Mail parents : _____

Mesures

Poids : _____ Taille : _____ IMC : _____

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

Demande

Barrière linguistique pour la communication ? OUI NON

Suspicion obésité :

- Secondaire OUI NON
- Génétique OUI NON
- Syndromique OUI NON

Antériorité de suivi de l'obésité ? OUI NON

Si oui : Reppop SSR Libéral CMP

Autre : _____

Motif de la demande : _____

Pathologies

Antécédents médico-chirurgicaux : _____

Traitements : _____

Coordonnées du Médecin demandeur

Nom du médecin : _____

Tél : _____ Mail : _____

Date : ____ / ____ / ____

Signature et cachet