

Questionnaire à destination des parents et de l'enfant

N° dossier :

Date inclusion :

Nom, Prénom de l'enfant :

Date de naissance :

Age : Sexe :

Numéro de portable :

Personne(s) présente(s) au premier rendez – vous :

Rencontre avec PÔLE APSA proposée par :

Situation familiale :

- Parents en couple
 Parents divorcés → Garde principale : Père Mère Alternée
 Famille recomposée : Père Mère
 Famille monoparentale : Père Mère
 Parent veuf : Père Mère
 Famille d'accueil
 Institution

Situation de corpulence familiale :

Merci de remplir ce tableau en complétant les informations pour l'âge, la taille, le poids et le sexe.

Merci de préciser si demi-frère(s)/demi-sœur(s)

	Mère	Père	1 ^{er} enfant	2 ^{ème} enfant	3 ^{ème} enfant	4 ^{ème} enfant	5 ^{ème} enfant
Age							
Taille (cm)							
Poids (kg)	Poids actuel : Poids maximum en dehors d'une grossesse :	Poids actuel : Poids maximum :					
Sexe (h/f)							
IMC							

Situation sociale familiale :

Père

Profession :

En activité : oui non

Mère

Profession :

En activité : oui non

Commentaires :

Facteurs de risque familiaux :

	Père	Mère	Frère(s)/ Sœur(s)
Antécédents Médicaux / chirurgicaux			
Prise en charge en institution spécialisée			

Pour chaque membre de la famille, merci de cocher la case correspondante.

	Mère	Père
Diabète	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne Sait Pas <input type="checkbox"/> Oui =>Traitement : <input type="checkbox"/> comprimé <input type="checkbox"/> insuline	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne Sait Pas <input type="checkbox"/> Oui =>Traitement : <input type="checkbox"/> comprimé <input type="checkbox"/> insuline
Cholestérol	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne Sait Pas <input type="checkbox"/> Oui =>Traitement :	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne Sait Pas <input type="checkbox"/> Oui =>Traitement :
Hypertension	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne Sait Pas <input type="checkbox"/> Oui =>Traitement :	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne Sait Pas <input type="checkbox"/> Oui =>Traitement :
Problèmes cardio-vasculaires prématurés	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne Sait Pas	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sait pas

S'il n'y a pas de diabète ou de cholestérol chez les parents merci de compléter le tableau suivant :

	Grands-parents maternels		Grands-parents paternels	
	Mère	Père	Mère	Père
Obésité	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> Ne Sait Pas	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> Ne Sait Pas	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> Ne Sait Pas	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> Ne Sait Pas
Diabète	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> Ne Sait Pas	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> Ne Sait Pas	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> Ne Sait Pas	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> Ne Sait Pas
Cholestérol	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> Ne Sait Pas	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> Ne Sait Pas	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> Ne Sait Pas	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> Ne Sait Pas
Hypertension	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> Ne Sait Pas	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> Ne Sait Pas	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> Ne Sait Pas	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> Ne Sait Pas
Problèmes cardio-vasculaires prématurés	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> Ne Sait Pas	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> Ne Sait Pas	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> Ne Sait Pas	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> Ne Sait Pas

Pour les parents :

Avez-vous des informations à ajouter (éléments médicaux, votre ressenti, vos attentes, etc...) ?

Situation de l'enfant :

Naissance :

La taille, le poids et le terme de la grossesse de votre enfant sont indiqués dans le carnet de santé de votre enfant.

Terme de la grossesse :

Poids (kg) :

Taille (cm) :

Prise(s) en charge antérieures ou en cours :

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Médecin traitant | <input type="checkbox"/> Pédiatre | <input type="checkbox"/> Endocrinologue |
| <input type="checkbox"/> Nutritionniste | <input type="checkbox"/> Diététicienne | <input type="checkbox"/> Kinésithérapeute : |
| <input type="checkbox"/> Hôpital de jour | <input type="checkbox"/> Hospitalisation | <input type="checkbox"/> Cures / Centres : |
| <input type="checkbox"/> Prise en charge par une structure pluri-disciplinaire (ex : Dispositif PRECOSS ou autres) : | | |
| <input type="checkbox"/> Psychologue | <input type="checkbox"/> Assistante sociale | <input type="checkbox"/> Suivi éducatif |
| <input type="checkbox"/> Autres : (spécialistes, paramédicaux...) | | |

Avez-vous des informations à ajouter :

Bilan sanguin de moins d'un an :

- oui (merci d'apporter au 1^{er} RDV avec l'infirmière du réseau, les résultats du dernier bilan sanguin réalisé)

Antécédents médicaux :

- Asthme : oui non TRAITEMENT :
- Allergie oui non.....
- Allergie alimentaire : oui non.....
- Pathologies neurologiques : oui non.....
- Pathologie cardiologiques : oui non.....
- Pathologie endocriniennes : oui non.....
- Pathologie osseuses ou orthopédiques : oui non.....
- Autres pathologies : oui non.....
- Menstruations : oui : Mois et Année :/..... : Irrégulières Douleurs
- Prises médicamenteuses (traitement, pilule contraceptive) oui Précisez :
- Plaintes, douleurs (maux de tête, ...) :

Le sommeil :

- En semaine : => Horaire coucher : => Horaire lever :
- Le week-end / vacances : => Horaire coucher : => Horaire lever :
- Réveil nocturne : oui non
- Enurésie (urine pendant le sommeil) : oui non
- Autres troubles du sommeil : oui précisez :
- Ablation amygdales /végétations oui non, si oui en quelle année :
- Votre enfant présente-t-il des signes d'apnée du sommeil : oui non
- Ronflements : oui non
- Respiration bruyante : oui non
- Fatigue au réveil et dans la journée : oui non
- Sueurs nocturnes : oui non
- Chambre individuelle : oui non ; si non précisez :
- Présence d'écrans dans la chambre (tablette, téléphone portable, télévision) : oui non
- Si oui précisez :

Avez-vous des informations à ajouter :

Scolarité :

Nom et lieu de l'école :

Classe actuelle :

Classe spécialisée : oui non

Redoublement : oui non Si oui, précisez :

Saut de classe : oui non Si oui précisez :

Difficultés scolaires (difficultés de concentration, baisse des résultats scolaires, etc) :

.....
.....

Relation avec ses camarades :

.....
.....

Projet scolaire et / ou professionnel :

Evolution du poids et de la taille de l'enfant : *A compléter à l'aide du carnet de santé*

Nous vous rappelons l'importance de ramener le carnet de santé lors du premier rendez-vous avec l'infirmière

	A la naissance	A 1 an	A 2 ans	A 3 ans	A 4 ans	A 5 ans	A 6 ans
Date							
Poids (en kg)							
Taille (en cm)							

	A 7 ans	A 8 ans	A 9 ans	A 10 ans	A 11 ans	A 12 ans
Date						
Poids (en kg)						
Taille (en cm)						

	A 13 ans	A 14 ans	A 15 ans	A 16 ans	A 17 ans	A 18 ans
Date						
Poids (en kg)						
Taille (en cm)						

Selon vous, y a-t-il un évènement déclenchant de la prise de poids ?

non

oui, précisez :

Taille	cms	Objectif IDE :
Taille cible	cms	
Poids	, kg	
TA	BD : / BG : /	Suivi IDE : <input type="checkbox"/> Suivi individuel et collectif accepté <input type="checkbox"/> Suivi individuel uniquement (jeune âge) <input type="checkbox"/> Date bilan 6 mois (+ atelier) fixé au : <input type="checkbox"/> Inscription ateliers IDE :
IMC	Kg/m ²	
Z-score	+ ,	RDV ¥ : <input type="checkbox"/> Proposé et accepté : date du rdv fixé : <input type="checkbox"/> Proposé et refusé <input type="checkbox"/> Recontacte SB <input type="checkbox"/> A déjà un suivi extérieur
Rebond d'adiposité	Age : <input type="checkbox"/> Impossible à identifier	

Réservé à l'enfant :

Tu peux nous écrire un commentaire si tu le souhaites (comment tu te sens, tes attentes, ...),

S'il s'agit d'une ré-inclusion, merci de nous préciser ta motivation :