

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	☐ Non ☐ Ne Sait Pas ☐ Oui => Traitement : ☐ comprimé ☐ insuline	☐ Non ☐ Ne Sait Pas ☐ Oui => Traitement : ☐ comprimé ☐ insuline
Cholestérol	☐ Non ☐ Ne Sait Pas ☐ Oui => Traitement :	☐ Non ☐ Ne Sait Pas ☐ Oui => Traitement :
Hypertension	☐ Non ☐ Ne Sait Pas ☐ Oui => Traitement :	☐ Non ☐ Ne Sait Pas ☐ Oui => Traitement :
Problèmes cardio-vasculaires prématurés	☐ Oui ☐ Non ☐ Ne Sait Pas	☐ Oui ☐ Non ☐ 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	☐ oui ☐ non ☐ Ne Sait Pas	☐ oui ☐ non ☐ Ne Sait Pas	☐ oui ☐ non ☐ Ne Sait Pas	☐ oui ☐ non ☐ Ne Sait Pas
Diabète	☐ oui ☐ non ☐ Ne Sait Pas	☐ oui ☐ non ☐ Ne Sait Pas	☐ oui ☐ non ☐ Ne Sait Pas	☐ oui ☐ non ☐ Ne Sait Pas
Cholestérol	☐ oui ☐ non ☐ Ne Sait Pas	☐ oui ☐ non ☐ Ne Sait Pas	☐ oui ☐ non ☐ Ne Sait Pas	☐ oui ☐ non ☐ Ne Sait Pas
Hypertension	☐ oui ☐ non ☐ Ne Sait Pas	☐ oui ☐ non ☐ Ne Sait Pas	☐ oui ☐ non ☐ Ne Sait Pas	☐ oui ☐ non ☐ Ne Sait Pas
Problèmes cardio-vasculaires prématurés	☐ oui ☐ non ☐ Ne Sait Pas	☐ oui ☐ non ☐ Ne Sait Pas	☐ oui ☐ non ☐ Ne Sait Pas	☐ oui ☐ non ☐ 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 :

- | | | |
|---|---|---|
| ☐ Médecin traitant | ☐ Pédiatre | ☐ Endocrinologue |
| ☐ Nutritionniste | ☐ Diététicienne | ☐ Kinésithérapeute : |
| ☐ Hôpital de jour | ☐ Hospitalisation | ☐ Cures / Centres : |
| ☐ Prise en charge par une structure pluri-disciplinaire (ex : Dispositif PRECOSS ou autres) : | | |
| ☐ Psychologue | ☐ Assistante sociale | ☐ Suivi éducatif |
| ☐ 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 : ☐ Suivi individuel et collectif accepté ☐ Suivi individuel uniquement (jeune âge) ☐ Date bilan 6 mois (+ atelier) fixé au : ☐ Inscription ateliers IDE :
IMC	Kg/m ²	
Z-score	+ ,	RDV ¥ : ☐ Proposé et accepté : date du rdv fixé : ☐ Proposé et refusé ☐ Recontacte SB ☐ A déjà un suivi extérieur
Rebond d'adiposité	Age : ☐ 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 :