

## Formulaire de demande de service du Centre des saines habitudes de vie

La santé existe parmi une gamme de tailles de corps.

Nous sommes un programme de maintien de poids. Notre objectif est d'améliorer la santé et le bien-être dans l'ensemble et non la perte du poids.

### Renseignements sur le patient LE PATIENT Coordonnées du patient

<b>Nom :</b>	
<b>Sexe :</b> <input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Féminin	<b>Date de naissance (JJ/MM/AAAA) :</b>
<b>Adresse :</b>	
<b>Ville :</b>	
<b>Code postal :</b>	
<b>N° tél. domicile :</b>	
<b>N° de RAMO :</b>	

### Médecin de famille

<b>Nom :</b>		
<b>Adresse :</b>		
<b>Téléphone :</b>	<b>Télécopieur :</b>	<b>Ligne privée :</b>

### Coordonnées des parents/du tuteur

<b>Nom :</b>		
<b>Lien avec le patient :</b>		
<b>Langue(s) parlée(s) à la maison :</b>		
<b>N° tél. domicile :</b>	<b>N° tél. travail :</b>	<b>N° cell. :</b>

### Anthropométrie

<b>Date d'évaluation :</b>		
<b>Taille :</b>	<b>Poids :</b>	<b>IMC :</b>

Veuillez envoyer les demandes de service par télécopie au [613-260-3897](tel:613-260-3897) Pour toute question, veuillez appeler le [613-260-1477](tel:613-260-1477)

**Antécédents médicaux****Antécédents médicaux :****Antécédents psychiatriques :****Retards de développement :****Mobilités réduites :****Médicaments :****Aptitude à l'activité physique**

Ce patient peut-il participer en toute sécurité à l'activité physique?

**OUI****NON** \_\_\_\_\_

Ce patient peut-il participer en toute sécurité à un test de conditionnement physique maximal?

**OUI****NON**

**Le Centre acceptera les enfants/adolescents (de 5 à 16 ans) atteints d'obésité complexe grave. Veuillez indiquer la façon dont votre patient répond aux critères suivants :**

- IMC > 99<sup>e</sup> rang centile **OU**  
 IMC > 95<sup>e</sup> rang centile **accompagné** d'une maladie médicale grave ou d'une maladie chronique affectée par l'obésité :

✓	Maladie médicale grave/maladie chronique	Directions	Traitement
<input type="checkbox"/>	<b>Hypertension</b> – nécessitant une pharmacothérapie		
<input type="checkbox"/>	<b>Hyperlipidémie</b> - nécessitant une pharmacothérapie	LDL-C à jeun $\geq$ 4.2 mmole/L et/ou non-HDL-C $\geq$ 4.9 et/ou triglycérides $\geq$ 5.0 mmole/L sur au moins 2 mesures.	
<input type="checkbox"/>	<b>Troubles respiratoires du sommeil traité à l'aide d'un appareil</b>		Entourer un seul choix: CPAP or BiPAP
<input type="checkbox"/>	<b>Intolérance persistante au glucose ou hyperglycémie modérée à jeun</b>	Glycémie à jeun 6.1-6.9 mmole/L, glycémie de 2h sur HGPO 2h 7.8-11.0 mmole/L	
<input type="checkbox"/>	<b>Diabète de type 2</b>		
<input type="checkbox"/>	<b>Syndrome des ovaires polykystiques</b>		
<input type="checkbox"/>	<b>Stéatose hépatique non alcoolique</b>		
<input type="checkbox"/>	<b>Obésité hypothalamique</b> - découlant d'une tumeur du système nerveux central		
<input type="checkbox"/>	<b>Maladie chronique touchée de façon négative par l'obésité</b>		Veuillez préciser :

**\*Tous les résultats de laboratoire (HGPO 2h, profil lipidique, enzymes hépatiques, A1C, échographie abdominale, rapport du laboratoire de sommeil) et une copie du graphique de croissance doivent être inclus pour que la demande de service soit considérée.\***

*Veuillez noter que la participation à notre programme suppose l'engagement du patient et des principaux fournisseurs de soins.*

\_\_\_\_\_  
Signature du médecin

\_\_\_\_\_  
Date

Veuillez envoyer les demandes de service par télécopie au 613-260-3897 Pour toute question, veuillez appeler le 613-260-1477