

 HPR de Bullion Hôpital de Pédiatrie et de Rééducation	ENREGISTREMENT		ENR-OPC-ADM-003
			Version : 08
	DOSSIER DE DEMANDE DE PREADMISSION SEJOUR D'EDUCATION THERAPEUTIQUE OBESITE Hôpital de Pédiatrie et de Rééducation de Bullion		Création : 25/09/2017
			Mise à jour : 10/09/2026
			Page 1 sur 9

	Rédacteurs		Vérificateur	Approbateur
Nom	G. LEPENDEVEN	N GROEPPÉLIN	M. BOULENOIR	M. MALFROID
Fonction	AMA- Gestionnaire des lits	Cadre de santé	Pédiatre	Responsable Qualité
Date				
Visa				

Dossier de demande de préadmission, à renseigner par le(s) professionnel(s) de santé qui souhaite(nt) l'hospitalisation d'un patient en situation d'obésité à l'Hôpital de Pédiatrie et de Rééducation (HPR) de Bullion (78830).

Ce dossier, une fois renseigné, est à faire parvenir, accompagné de tous les documents demandés, à l'assistante médico-administrative ou au service des préadmissions (Tel : 01 34 85 43 15 ou 01 34 85 43 36) par (au choix) :

Mail : **service_admissions.HPR@ght78sud.fr** (ou fax au 01.34.85.43.51)

ou **par courrier** à : HPR de Bullion – service des préadmissions - Route de Longchêne – 78830 Bullion

RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS DU PRESCRIPTEUR :
 Nom du professionnel de santé :
 Fonction / Spécialité :
 Etablissement / Adresse :
 Téléphone : ____ . ____ . ____ . ____ . ____ Mail : @

 Cachet et signature : Date : ____ / ____ / ____

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ADMISSION DEMANDÉE :
 Résumé de situation motivant la demande d'admission / objectif du séjour :

Proposition d'hospitalisation complète :
☐ Trimestre renouvelable de septembre à début juillet (**scolarisé au collège UNIQUEMENT**)
☐ 4 semaines en juillet (à partir du collège)

 Date d'admission souhaitée dès le : ____ / ____ / ____

**DOSSIER DE DEMANDE DE PREADMISSION
SEJOUR D'EDUCATION THERAPEUTIQUE OBESITE
Hôpital de Pédiatrie et de Rééducation de Bullion**

<i>Liste des documents ou pièces à fournir</i>	<i>Commentaires</i>
☐ Dossier ci-après dûment renseigné	
☐ Copie document d'état civil : Carte d'identité / titre de séjour / passeport du patient Ou Livret de famille, ou acte de naissance du patient, accompagné d'un document d'identité du représentant légal	
☐ Copie de la feuille d'Attestation de droit à la sécurité sociale en cours de validité ( pas la copie de la carte verte de sécurité sociale)	
☐ Prise en charge étrangère nominative « Hôpital de pédiatrie et de rééducation de Bullion »	
☐ Aide médicale d'état totale :	
☐ Copie carte Mutuelle ou CMUC (couverture maladie universelle complémentaire) recto-verso	
☐ Attestation de prise en charge hospitalière par la Mutuelle	
☐ Attestation CAF	
☐ Attestation d'assurance Responsabilité Civile	
☐ Attestation d'allocation d'éducation enfant handicapé en cours de validité	
☐ Ordonnance mesure éducative	
☐ Ordonnance / jugement « droit de garde » (si divorce)	
☐ Comptes rendus médicaux / opératoires	
☐ Ordonnances médicales de sortie	
☐ Carte de groupe sanguin	
☐ Comptes rendus de rééducation	
☐ Courbe staturo-pondérale	
☐ Bulletins scolaires de l'année en cours + de l'année précédente	

**DOSSIER DE DEMANDE DE PREADMISSION
SEJOUR D'EDUCATION THERAPEUTIQUE OBESITE
Hôpital de Pédiatrie et de Rééducation de Bullion**

RENSEIGNEMENTS concernant l'IDENTITE du PATIENT

Questionnaire complété le : ____ / ____ / ____ par

En cas de changement sur cette page, le signaler au service des admissions de l'hôpital (service_admissions.HPR@ght78sud.fr ou 01.34.85.43.55)

L'ENFANT : Nom : Prénom :
Date de naissance : ____ / ____ / ____ Lieu de naissance :
Sexe : ☐ masculin ☐ féminin Nationalité :
Adresse habituelle :
Téléphone fixe : ____ . ____ . ____ . ____ . ____ N° de portable : ____ . ____ . ____ . ____ . ____
.....

LE PÈRE : Nom : Prénom :
Date de naissance : ____ / ____ / ____ Lieu de naissance :
Nationalité :
Adresse :
Téléphone fixe : ____ . ____ . ____ . ____ . ____ N° de portable : ____ . ____ . ____ . ____ . ____
☎ Professionnel : ____ . ____ . ____ . ____ . ____
Profession : Mail : @
Nom et adresse de l'employeur :

LA MÈRE : Nom : Prénom :
Date de naissance : ____ / ____ / ____ Lieu de naissance :
Nationalité :
Adresse :
Téléphone fixe : ____ . ____ . ____ . ____ . ____ N° de portable : ____ . ____ . ____ . ____ . ____
☎ Professionnel : ____ . ____ . ____ . ____ . ____
Profession : Mail : @
Nom et adresse de l'employeur :

LE TUTEUR : Nom : Prénom :
Adresse :
N° de téléphone de permanence du tuteur, en cas d'urgence : ____ . ____ . ____ . ____ . ____

SÉCURITÉ SOCIALE : Nom et Prénom de l'assuré(e) :
N° de sécurité sociale : ____ _ ____ _ ____ _
Adresse de la caisse de sécurité sociale :
Nom et adresse de la Mutuelle ou Assurance complémentaire :
.....
Nom de l'adhérent : N° d'adhérent :

**DOSSIER DE DEMANDE DE PREADMISSION
SEJOUR D'EDUCATION THERAPEUTIQUE OBESITE
Hôpital de Pédiatrie et de Rééducation de Bullion**

FICHE SOCIALE

Mesure de protection sociale : ☐ Oui ☐ Non

Date : ____ / ____ / ____ Objet :

Service d'origine ou service mandaté :

SITUATION FAMILIALE DES PARENTS :

☐ Mariés ☐ Pacsés ☐ Vie maritale ☐ Séparés ☐ Divorcés ☐ Veuf(ve)

Date : ____ / ____ / ____

! *En cas de divorce ou de jugement officiel, joindre obligatoirement une copie du jugement.*

Autorité parentale conjointe : ☐ Oui ☐ Non

Autorité parentale exclusive pour le père ☐ la mère ☐ autre ☐ :

La **mère** a le : Droit de visite ☐ Droit d'hébergement ☐ Droit de téléphoner ☐

Le **père** a le : Droit de visite ☐ Droit d'hébergement ☐ Droit de téléphoner ☐

COMPOSITION FAMILIALE :

Noms et Prénoms	Lien de parenté	Date de naissance	Lieu de naissance	Date de décès
.....		___ / ___ / ___		___ / ___ / ___
.....		___ / ___ / ___		___ / ___ / ___
.....		___ / ___ / ___		___ / ___ / ___
.....		___ / ___ / ___		___ / ___ / ___
.....		___ / ___ / ___		___ / ___ / ___
.....		___ / ___ / ___		___ / ___ / ___

Rang de l'enfant dans la fratrie :

Observation sur la structure familiale :

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

CONDITION DE LOGEMENT : ☐ Stable ☐ En recherche

Nombre de pièces : Nombre d'occupants :

Etage : Ascenseur : ☐ Oui ☐ Non

Chambre particulière pour l'enfant : ☐ Oui ☐ Non

**DOSSIER DE DEMANDE DE PREADMISSION
SEJOUR D'EDUCATION THERAPEUTIQUE OBESITE
Hôpital de Pédiatrie et de Rééducation de Bullion**

FICHE SCOLAIRE

COORDONNÉES DE L'ÉTABLISSEMENT D'ORIGINE :

Nom de l'établissement : _____

Adresse : _____

Code Postal : _____ Commune : _____

Téléphone : ____ . ____ . ____ . ____ . ____ Mail : @

Nom du chef d'établissement : _____

Nom du professeur principal : _____

Nom du CPE : _____

Classe actuelle : _____ Classe à la rentrée : _____

Classe redoublée : _____

Enseignement spécialisé : ☐ Segpa ☐ ULIS ☐ Autre : précisez : _____

Langues étudiées : ☐ Anglais LV __ ☐ Espagnol LV __ ☐ Autre : précisez : LV__

Projet personnalisé : ☐ PAI ☐ PAP ☐ PPS

Suivi extérieur (orthophonie, psychomotricité, autre) : _____

Y-a-t-il eu des bilans de ce suivi ? ☐ Oui ☐ Non En quelle année : _____

Votre enfant a-t-il des difficultés scolaires ? ☐ Oui ☐ Non

Si oui, dans quelle(s) matière(s) : _____

Projet professionnel : _____

Quel mode de transport utilise-t-il pour aller à l'école ?

☐ voiture ☐ car ☐ vélo ☐ marche à pieds ☐ autre : _____

Durée : _____

Mange-t-il à la cantine ? ☐ oui ☐ non

Mode de garde après l'école :

 HPR de Bullion Hôpital de Pédiatrie et de Rééducation	ENREGISTREMENT		ENR-OPC-ADM-003
			Version : 08
	DOSSIER DE DEMANDE DE PREADMISSION SEJOUR D'EDUCATION THERAPEUTIQUE OBESITE Hôpital de Pédiatrie et de Rééducation de Bullion		Création : 25/09/2017
			Mise à jour : 10/09/2026
			Page 6 sur 9

FICHE MEDICALE

Dr : _____ Le : ____ / ____ / ____

Age : _____ Poids (kg) : _____ Taille (cm) : _____ IMC (kg/m²) : _____

Croissance staturale : ☐ avance staturale ☐ croissance régulière ☐ fléchissement statural

Tour de taille (cm) : _____ Tour de hanche (cm) : _____

Type d'obésité : ☐ androïde ☐ gynoïde ☐ mixte

☐ **Merci de joindre la courbe staturo-pondérale et de corpulence.**

Puberté

Chez la fille Stade selon Tanner : _____ Premières règles : ____ / ____ / ____

☐ cycles réguliers ☐ oligoménorrhée ☐ dysménorrhée

Chez le garçon Stade selon Tanner : _____ Testicules normaux : ☐ oui ☐ non

Verge enfouie : ☐ oui ☐ non Décalotage : ☐ oui ☐ non Circoncision : ☐ oui ☐ non

Gynécomastie : ☐ oui ☐ non

Peau :

☐ acné ☐ hirsutisme ☐ acanthosis nigricans ☐ intertrigo

☐ vergeture : ☐ bras ☐ abdomen ☐ cuisses ☐ tablier abdominal

Appareil respiratoire :

☐ dyspnée ☐ toux à l'effort ☐ asthme ☐ apnée du sommeil VNI : ☐ oui ☐ non

Tabagisme : ☐ oui ☐ non Vapotage : ☐ oui ☐ non

Appareil cardio-vasculaire : TA : _____ Pls : _____

Examen ORL : amygdales : ☐ normales ☐ hypertrophie

☐ ronflement ☐ céphalées matinales ☐ sueurs nocturnes

Examen dentaire : hygiène : ☐ bonne ☐ moyenne ☐ mauvaise

☐ appareil orthodontique ☐ caries : _____

Examen ophtalmologique : ☐ lunettes ☐ lentilles _____

Troubles de la statique vertébrale : ☐ oui ☐ non _____

Anomalies orthopédiques : ☐ oui ☐ non _____

Autres antécédents médicaux à signaler :

CONCLUSION ET PROJET THERAPEUTIQUE :

.....

.....

.....

ANTECEDENTS FAMILIAUX

▪ Le père

Age : _____ Profession : _____

Horaire de travail : _____

Origine géographique : _____

Poids : _____ Taille : _____

Etat de santé :

☐ Obésité

☐ Diabète

☐ Hypertension artérielle (HTA)

☐ Hypercholestérolémie

☐ Problème cardio-vasculaire

☐ Chirurgie bariatrique

☐ Autre : _____

▪ La mère

Age : _____ Profession : _____

Horaire de travail : _____

Origine géographique : _____

Poids : _____ Taille : _____

Etat de santé :

☐ Obésité

☐ Diabète

☐ Hypertension artérielle (HTA)

☐ Hypercholestérolémie

☐ Problème cardio-vasculaire

☐ Chirurgie bariatrique

☐ Autre : _____

Consanguinité parentale : ☐ oui ☐ non

▪ Les grands-parents paternels

	Grand père	Grand-mère
Obésité	☐	☐
Diabète	☐	☐
HTA	☐	☐
Hypercholestérolémie	☐	☐
Probl cardiovasculaire	☐	☐
Autre		

▪ Les grands-parents maternels

	Grand père	Grand-mère
Obésité	☐	☐
Diabète	☐	☐
HTA	☐	☐
Hypercholestérolémie	☐	☐
Probl cardiovasculaire	☐	☐
Autre		

ANTECEDENTS PERSONNELS

▪ Santé

Poids à la naissance (kg) : _____ Taille à la naissance (cm) : _____

L'accouchement était-il à terme ? ☐ oui ☐ non _____

Allaitement maternel ? ☐ non ☐ oui durée : _____

A-t-il eu des difficultés alimentaires ou digestives dans sa petite enfance ?

☐ non ☐ oui, lesquelles ? _____

Age de la diversification alimentaire (mois) : _____

A-t-il eu d'autres problèmes de santé ?

☐ non ☐ oui, lesquelles ? _____

NOM : Prénom :

Page **7** sur **9**

A-t-il eu un suivi psychologique ? ☐ non ☐ oui, débuté le ____ / ____ / ____

A-t-il eu un suivi orthophonique ? ☐ non ☐ oui débuté le ____ / ____ / ____

A-t-il eu un autre suivi ? ☐ non ☐ oui, lequel ? _____

▪ **Activité physique**

A-t-il des activités physiques ?

☐ à l'école, lesquelles : _____ Nbre d'heures par semaine : _____

☐ en club sportif, lesquelles : _____ Nbre d'heures par semaine : _____

☐ autres, lesquelles : _____ Nbre d'heures par semaine : _____

▪ **Loisirs** (cocher les cases correspondantes)

Télévision / Jeux vidéo / Internet :

- jamais ----- ☐
- moins d'1 heure par jour ----- ☐
- entre 2 et 3 heures par jour ----- ☐
- plus de 3 heures par jour ----- ☐
- c'est son activité principale des mercredis et week-ends ----- ☐

Quelles sont les autres activités de loisirs ?

▪ **Sommeil**

	Ecole	Vacances et week-end
Heure d'endormissement	_____	_____
Heure de lever	_____	_____

Endormissement facile ? ☐ oui ☐ non

Qualité du sommeil ? ☐ calme ☐ agité

▪ **Habitudes alimentaires**

Quels repas prend-il systématiquement tous les jours ? ☐ Petit déjeuner ☐ Déjeuner ☐ Goûter ☐ Dîner

Grignote-t-il entre les repas ? ☐ oui ☐ non

Si oui, est-ce plutôt du : ☐ sucré ☐ salé ☐ peu importe

Se ressert-t-il systématiquement aux repas ? ☐ oui ☐ non

Mange-t-il en général ? ☐ en moins de 15 minutes ☐ en 15 à 30 minutes ☐ en plus de 30 minutes

Consomme-t-il quotidiennement des légumes et des fruits ? ☐ oui ☐ non

Consomme-t-il des boissons sucrées (jus de fruits, sodas...) ? ☐ oui ☐ non

Si oui, plutôt : ☐ au moment des repas ☐ en dehors des repas

A la maison, les repas sont plutôt pris : ☐ en famille ☐ séparément ☐ cela dépend

NOM : Prénom :

Page **8** sur **9**

 HPR de Bullion Hôpital de Pédiatrie et de Rééducation	ENREGISTREMENT		ENR-OPC-ADM-003
			Version : 08
	DOSSIER DE DEMANDE DE PREADMISSION SEJOUR D'EDUCATION THERAPEUTIQUE OBESITE Hôpital de Pédiatrie et de Rééducation de Bullion		Création : 25/09/2017
			Mise à jour : 10/09/2026
			Page 9 sur 9

Il mange :

- quand c'est l'heure ----- ☐
- quand il a faim ----- ☐
- à tout moment de la journée ----- ☐
- la nuit ----- ☐
- seul(e) devant la télévision, le portable ----- ☐
- en famille devant la télévision ----- ☐

Observations diverses :

HISTOIRE DE L'OBESITE

A quel âge l'excès de poids a-t-il débuté ? _____

Y a-t-il eu des circonstances particulières qui semblent avoir déclenché cette prise de poids ?

☐ non ☐ oui, si oui, précisez lesquelles ?

Y a-t-il eu un suivi en consultation externe pour la prise en soins de cette obésité ? ☐ oui ☐ non

Si oui, précisez où, quand, le nom du médecin et le résultat :

Y a-t-il eu des séjours de réalisés pour la prise en charge de l'obésité ? ☐ oui ☐ non

Si oui, précisez où, quand, le nom du médecin et le résultat :

Observations : _____
