

# Logigramme « Le RéPPOP, comment ça marche? »

Je reçois en consultation un enfant en surpoids

Je souhaite lui faire bénéficier d'un suivi individuel diét et/ou psy en libéral avec aide financière RéPPOP

Je souhaite lui faire bénéficier d'un bilan multidisciplinaire hospitalier (JAC)

Inclure l'enfant

Appeler à la coordination si besoin d'échanger

Donner à la famille le formulaire de demande de rdv à renvoyer à la coordination

Faire un suivi médical régulier

**RéPPOP Franche Comté**  
 Consultation initiale  
 Double journée à retourner à la coordination avec des consentements signés avec la courbe de corpulence et le cas échéant, les résultats biologiques  
 0332 Courrier : RéPPOP-FC, CHU St-Jacques, 2 pl. St-Jacques, 25030 Besançon CEDEX

Date : \_\_\_\_\_ Nom du médecin : \_\_\_\_\_

Nom du patient : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_ Date de naissance : \_\_\_\_\_  
 Sexe : \_\_\_\_\_ Adresse : \_\_\_\_\_  
 Tél. : \_\_\_\_\_  
 Taille : \_\_\_\_\_ cm Poids : \_\_\_\_\_ kg Tour de taille : \_\_\_\_\_ cm

Motif de la demande : \_\_\_\_\_

Contrats familial :  parents en couple  parents séparés  parent veuf   
 profession des parents : Père : \_\_\_\_\_ Mère : \_\_\_\_\_  
 antécédents médicaux : \_\_\_\_\_

	Père	Mère	Gds parents paternels	Gds parents maternels
Obésité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabète	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hypertension artérielle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hypertension	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Plac cardiaque-vasculaires préexistants	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Antécédents personnels :  Naissance : Taille : \_\_\_\_\_ cm Poids : \_\_\_\_\_ kg Terme : \_\_\_\_\_ semaines  
 Durée de l'allaitement maternel : \_\_\_\_\_  
 Pathologie(s) autre(s) que l'obésité et traitement(s) associé(s) : \_\_\_\_\_

Scolaire : \_\_\_\_\_ Classe : \_\_\_\_\_

Bilan initial :  Alimentation :  Petit-déjeuner absent  Incomplet ou en excès  correct   
 Goûter absent  Incomplet ou en excès  correct   
 Snacking   
 Besoins sucrés quotidiens  Irréguliers   
 Se ressert à table   
 Activité physique / sédentarité :   
 Nombre d'heures de sport par semaine hors école : \_\_\_\_\_  
 Nombre d'heures d'écran (TV, ordinateur, console etc.) par jour : \_\_\_\_\_  
 Difficultés psychologiques  Prise en charge psychologique en cours   
 Acteurs de suivi conjoint :  diététicien  psychologue  autre (préciser) : \_\_\_\_\_  
 Commentaires : \_\_\_\_\_

**RéPPOP Franche Comté : consultation de suivi**  
 Original à retourner à la coordination : 0332 Courrier : RéPPOP-FC, CHU St-Jacques, 2 pl. St-Jacques, 25030 Besançon CEDEX

Date : \_\_\_\_\_ Nom, prénom du médecin : \_\_\_\_\_

Nom du patient : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_  
 Taille : \_\_\_\_\_ cm Poids : \_\_\_\_\_ kg Tour de taille : \_\_\_\_\_ cm

Suivi interdisciplinaires :

	Mise en place	Poursuite	Abandon
Prise en charge diététique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prise en charge psychologique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prise en charge autre (préciser) :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Commentaires : \_\_\_\_\_

Prochaine consultation dans... mois

**FORMULAIRE DE DEMANDE DE RENDEZ-VOUS AU RéPPOP-FC**  
 À retourner par mail ([repop-fc@chu-besancon.fr](mailto:repop-fc@chu-besancon.fr)), par fax (03 81 21 90 06) ou par courrier au RéPPOP-FC, CHU St-Jacques, 2 place St-Jacques, 25030 Besançon CEDEX

	NOM	Prénom	Adresse	<input type="checkbox"/> maison	<input type="checkbox"/> mobile
Enfant					06
Maman					06
Papa					06

Adresse e-mail des parents : \_\_\_\_\_ Scolarité / Classe de l'enfant : \_\_\_\_\_  
 Enfant orienté par (médecin traitant, infirmière scolaire...) : \_\_\_\_\_  
 Si votre enfant a / a eu un suivi spécialisé, médical ou chirurgical (en dehors des pathologies courantes de l'enfance), merci de nous le préciser : \_\_\_\_\_  
 Si nome et/ou coordonnées différents de l'enfant, merci de compléter ci-dessous :

Nom et adresse du médecin traitant actuel de l'enfant : Dr \_\_\_\_\_

Veuillez retourner ci-dessous, d'après le carnet de santé de l'enfant, le détail de toutes les consultations médicales (date, taille et poids), de la naissance jusqu'à la dernière consultation. Merci de fournir une dernière date / taille / poids datant d'il y a moins de 3 mois.

Consultation n°	Date	Taille	Poids	Consultation n°	Date	Taille	Poids	Consultation n°	Date	Taille	Poids
1 (naissance)				7				13			
2				8				14			
3				9				15			
4				10				16			
5				11				17			
6				12				18			