

**Demande de prise en charge PEDIATRIQUE sur le Centre Spécialisé de l'Obésité  
au Centre Hospitalier Grenoble Alpes**

Cette demande doit être remplie par votre médecin/pédiatre traitant ou spécialiste, puis nous être adressée par voie postale, fax : **04 76 76 50 42** ou par mail à **gerom@chu-grenoble.fr**

**Coordonnées du médecin adressant** -----

Nom Prénom : Adresse :

Téléphone Mail :

**Coordonnées du patient** -----

Nom, Prénom : Date de naissance : Age :

Adresse :

Numéro téléphone parents : Email parents :

**Mesures / Antécédents** -----

Poids : Taille : IMC :

Antécédents médico-chirurgicaux :

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

Traitements : .....

.....

**Demande** -----

Motif de la demande : .....

.....

.....

▪ Suspicion obésité secondaire : Non  Oui

▪ Antériorité de suivi de l'obésité : Non  Oui

Si oui : Reppop  SSR  Liberal  CMP

Autre : .....

**Merci de joindre les courbes de poids, taille et corpulence du carnet de santé**

Demande établie par : en date du :

Signature et cachet du médecin :