UNION RÉGIONALE DES MÉDECINS LIBÉRAUX
MARTINIQUE

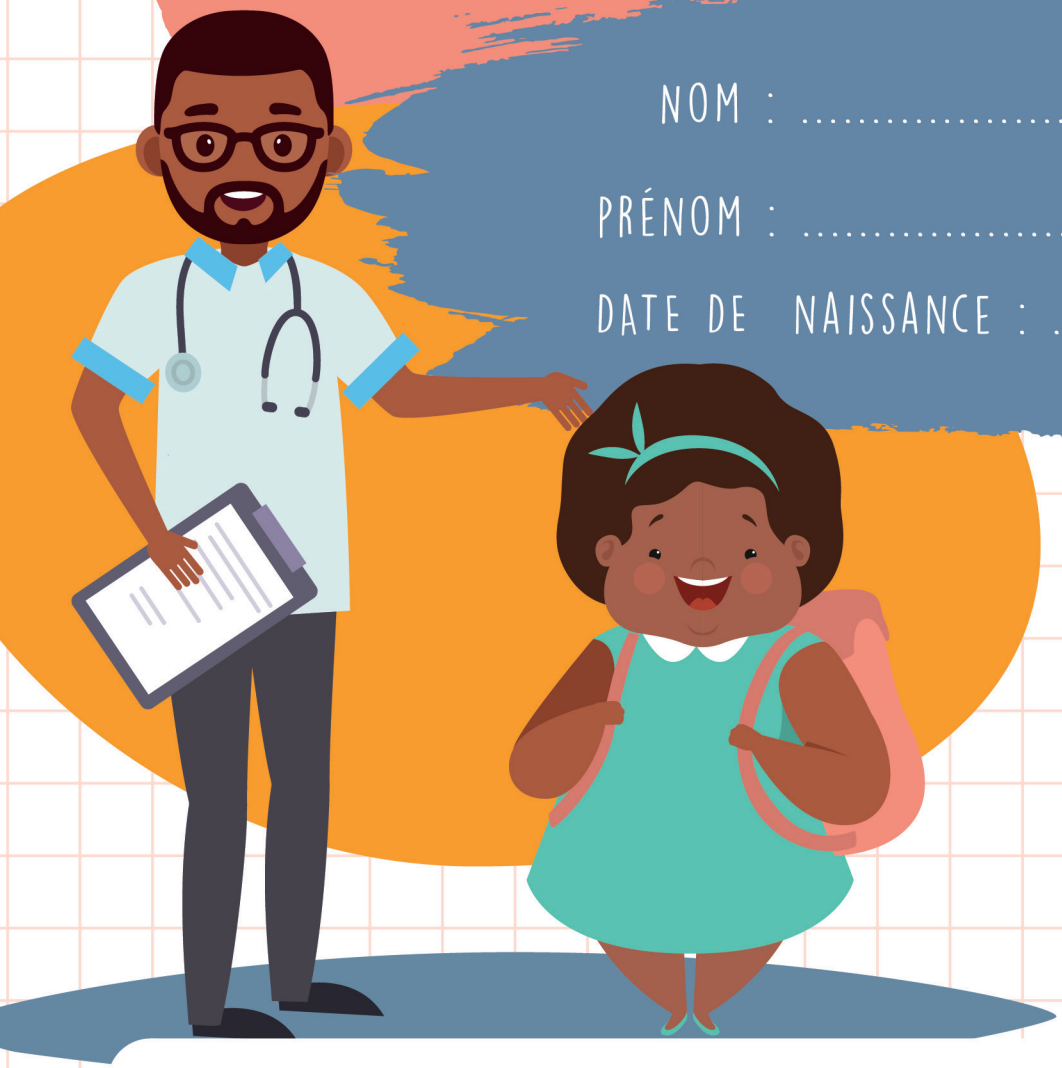
MON CARNET DE SUIVI

SURPOIDS & OBÉSITÉ

NOM : .....

PRÉNOM : .....

DATE DE NAISSANCE : ...../...../.....



CARNET MIS EN PLACE LE..... PAR.....

SOMMAIRE

BOITE À OUTILS/ALERTES 3

CONSEILS PRATIQUES
POUR LES PROFESSIONNELS DE SANTÉ 4

CONSEILS PRATIQUES POUR LES PARENTS 5

MON SUIVI PAR LE MÉDECIN TRAITANT 6

MON BILAN D'ACTIVITÉS SPORTIVES 10

MA PREMIERE CONSULTATION DIÉTÉTIQUE 12

MON SUIVI DIÉTÉTIQUE 13

MA PREMIERE CONSULTATION PSYCHOLOGIQUE 20

SYNTHÈSE DU PREMIER ENTRERIEN PSYCHOLOGIQUE 24

MON BILAN PSYCHOLOGIQUE INTERMEDIAIRE 25

AUTRE CONSULTATION 28

MON SUIVI PAR L'ENSEIGNANT EN APA 20

BOÎTE À OUTILS

ALERTES

POUR L'ENFANT

- Moqueries à l'école ?
- As-tu des copains à l'école ?
- As-tu des difficultés à faire du sport ?
- Es-tu gênée par ton corps ou une partie de ton corps ?
- Moqueries à la maison ? (Frère, sœur, famille)
- As-tu des difficultés pour t'habiller ?
- Te caches-tu pour manger ?

POUR LE MÉDECIN

- Certificat médical de non pratique au sport à répétition ?
- Difficultés pour l'enfant de se déshabiller au cabinet ?
- L'enfant recherche-t-il l'approbation de ses parents avant de répondre aux questions ?
- Enfant en retrait lors de la consultation ?
- Environnement familial stigmatisant ?
- Echec scolaire ?

POUR LES PARENTS

- Activités en famille ?
- Temps d'écran ?
- Repas pris à table ?
- Même repas pour tous ?
- Grignotage ?
- Enfant en retrait ?
- Changement de comportement ?

CONSEILS PRATIQUES
POUR LES PROFESSIONNELS DE SANTÉ

- Composer avec l'enfant = qu'est-elle prête à changer avant la prochaine consultation ?
- Identifier les personnes ressources
- Encourager les changements et valoriser les résultats
- Aider l'enfant à identifier ses capacités au sein de la famille (valorisation – estime de soi)
- Repérer les changements à mettre en œuvre par toute la famille (1er cercle) et demander à informer et solliciter l'aide du reste de la famille (2ème cercle)
- Identifier la principale gêne de l'enfant pour s'en servir comme levier pour le motiver au changement
- Accompagner et encourager la famille dans la démarche de changement
- Évaluer la motivation de l'enfant à poursuivre (smileys) et celle des parents (échelle numérique)
- Identifier les freins (enfant, parents, famille)

CONSEILS PRATIQUES
POUR LES PARENTS

- Encourager les promenades et les activités en famille
- Favoriser les déplacements à pied, inciter aux activités de loisirs en extérieur
- Diminuer le temps passé devant les écrans
- Encourager à pratiquer un sport apprécié par l'enfant
- Aucun aliment ne doit être interdit
- Proposer un seul menu équilibré pour toute la famille
- 3 repas équilibrés avec un gouter répondent aux besoins de l'enfant et limitent le grignotage
- Ne pas confondre envie de manger et faim
- Encourager les repas à table, en famille et sans les écrans (TV, téléphone portable, etc.)
- La seule boisson indispensable est l'eau
- Attention : Boire du jus est un grignotage
- Ne pas stigmatiser l'enfant, ne pas juger, ni culpabiliser, ni lui faire peur
- Expliquer la nécessité de son suivi régulier
- Valoriser les efforts de l'enfant
- **Vous êtes la clé de la réussite**

MON SUIVI PAR MON MÉDECIN TRAITANT

NOM DU MEDECIN TRAITANT : .....

CONSULTATION

DATES	...../...../.....	...../...../.....	...../...../.....
POIDS (KG)			
TAILLE(T) (M)			
IMC *(P/T2)			
TOUR DE TAILLE (TT)(CM)			

SCOLARITÉ

- **Vas-tu :**
  - ☐ A l'école
  - ☐ Dans un autre établissement que l'école (comme un IME, un IEM, un ITEP, etc.)
  - ☐ Autre : .....
  - ☐ Tu ne vas pas à l'école, ni dans un autre établissement

- **Entoure le bonhomme qui correspond aux mieux à ta scolarité :**

- **Respiration :**
  ☐ Normale ☐ Essoufflement ☐ Gêne respiratoire ☐ Autre : .....
- **Elimination :**
  - Transit : régulier ☐ Oui ☐ Non
  - Vomissements : ☐ Oui ☐ Non Si oui à quel moment : .....
- **Bouger :**
  - As-tu des difficultés à faire certains mouvements ? ☐ Oui ☐ Non
    Si oui lesquels : .....
    Cause : ☐ Gêne ☐ Douleur ☐ Fatigue Autre : .....
- **Sommeil**
  - Qualité du sommeil : ☐ Bonne ☐ Moyenne ☐ Mauvaise
  - Troubles pendant la nuit : ☐ Agitation ☐ Réveil pendant la nuit ☐ Ronflement
    Utilisation d'écran pendant la nuit *(jeux vidéo, TV, portable, ordinateur, tablette)* ☐ Oui ☐ Non
    ☐ Autre : .....
- **Etat cutané :**
  - Soigné : ☐ Oui ☐ Non
  - Hypersudation : ☐ Oui ☐ Non
  - Mycoses : ☐ Oui ☐ Non
  - Vergetures : ☐ Oui ☐ Non
  - Autres : .....
    .....
    .....
    .....

- **Bilan morphostatique :**
  - Relâchement abdominal ? ☐ Oui ☐ Non
  - Enroulement des épaules ? ☐ Oui ☐ Non
  - Genu valgum ? ☐ Oui ☐ Non
  - Affaissement de la voûte plantaire ? (pieds plats) ☐ Oui ☐ Non
  - Hyperlordose lombaire ? ☐ Oui ☐ Non
  - Augmentation du polygone de sustentation ? ☐ Oui ☐ Non

Bilan morpho-dynamique et fonctionnel :

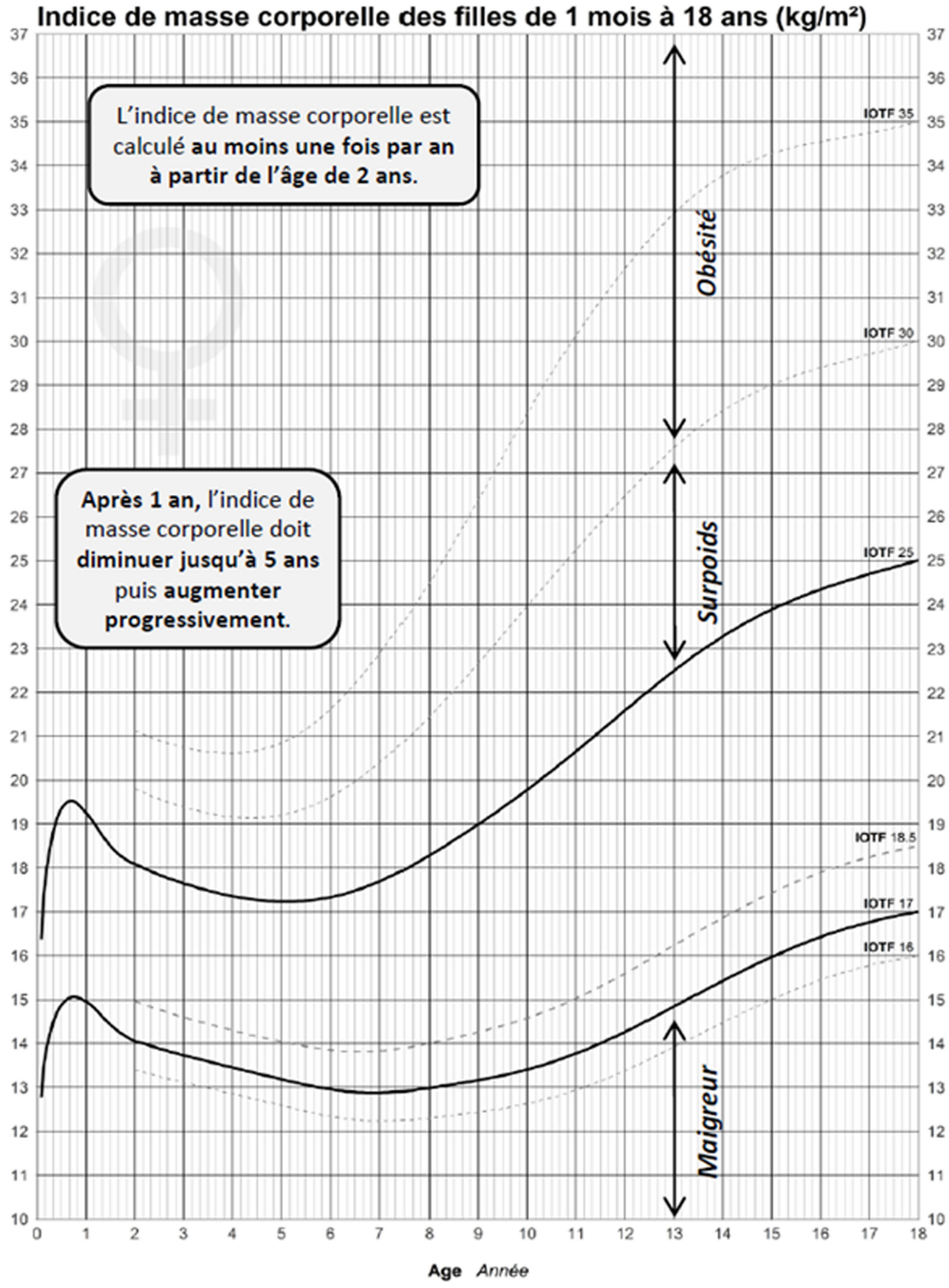
- Troubles de l'équilibre et de proprioception bipodale ou unipodale etc... ☐ Oui ☐ Non
- Gênes dans les activités de la vie quotidienne : ☐ Oui ☐ Non

RECOMMANDATIONS **POUR L'ENFANT :**

- .....
  .....
- .....
  .....
- .....
  .....

RECOMMANDATIONS **POUR LA FAMILLE :**

- .....
  .....
- .....
  .....
- .....
  .....



MON BILAN D'ACTIVITÉS SPORTIVES

POUR MIEUX TE CONNAITRE

- **Pratiques-tu une activité physique dans ton établissement ?**

☐ Oui Précise la fréquence.....

☐ Non

Si non, pourquoi ? (plusieurs réponses possibles)

☐ Tu es dispensée

☐ Les activités physiques et sportives proposées ne sont pas adaptées

☐ Il n'y a pas d'activités physiques et sportives

☐ L'enseignant ne t'accepte pas en cours d'activités physiques et sportives

☐ Tu ne sais pas

☐ Autre : .....

Actuellement, pratiques-tu une activité physique ou du sport en dehors ton établissement ?

☐ Non

☐ Oui Précise la fréquence.....

- **Quelle activité physique ou quel sport pratiques-tu ? (plusieurs réponses possibles)**

.....

- **Où fais-tu cette activité physique ou ce sport ? (Plusieurs réponses possibles)**

☐ Dans un club / association sportive

☐ Dans une maison de quartier ou un centre socioculturel

☐ Chez toi ou dans un équipement sportif (stade, piscine, vélodrome, courts de tennis, parcours de santé, musculation, etc.) mais sans faire partie d'un club

☐ Autre : .....

- **Pourquoi fais-tu une activité physique ou du sport ? (Plusieurs réponses possibles)**

☐ Pour être en bonne santé

☐ Pour être bien dans ta tête

☐ Pour maigrir ou ne pas grossir

☐ Pour être avec des amis

☐ Tu ne sais pas

☐ Pour t'amuser

☐ Pour muscler ton corps

☐ Pour t'occuper

☐ Pour faire plaisir aux parents

☐ Autre : .....

- **Si tu ne fais pas d'activité physique ou de sport, pourquoi ? (Plusieurs réponses possibles)**

☐ C'est fatigant

☐ C'est trop loin

☐ Tu ne sais pas où tu peux en faire

☐ Tu n'en as pas envie

☐ Tu ne sais pas

☐ C'est dangereux

☐ Personne ne peut t'y emmener

☐ Tu penses que tu ne peux pas en faire

☐ C'est trop cher

☐ Autre : .....

- **Habituellement, comment perçois-tu tes efforts ?**
Entoure le bonhomme qui correspond aux mieux à ton ressenti :

BILAN

☐ Pratique scolaire

☐ Pratique extra scolaire

☐ Veut pratiquer

☐ Ne veut pas pratiquer

☐ APA

☐ Autre : .....

OBJECTIFS

1 .....

.....

2 .....

.....

3 .....

.....

MA PREMIÈRE CONSULTATION DIÉTÉTIQUE

DATE : ..... **NOM DIÉTÉTICIEN(NE) :** .....

MES HABITUDES ALIMENTAIRES :

- **Je prends mon petit déjeuner :**
  ☐ Tous les matins ☐ Souvent ☐ Rarement ☐ Jamais
- **Je mange des légumes verts :**
  ☐ Tous les jours ☐ Plusieurs fois par semaine ☐ Rarement ☐ Jamais
- **Je bois du jus ou soda :**
  ☐ Tous les jours ☐ Plusieurs fois par semaine ☐ Rarement ☐ Jamais
- **Il m'arrive de grignoter :**
  ☐ Tous les jours ☐ Plusieurs fois par semaine ☐ Rarement ☐ Jamais
- **Je prends mes repas :**
  ☐ A table ☐ Seul ☐ En famille ☐ Devant un écran (télé, portable, tablette,...)

RECOMMANDATIONS **POUR L'ENFANT :**

- .....
  .....
- .....
  .....
- .....
  .....

RECOMMANDATIONS **POUR LA FAMILLE :**

- .....
  .....
- .....
  .....
- .....
  .....

OBJECTIFS DE **L'ENFANT :**

1 .....
.....
2 .....
.....
3 .....
.....

OBJECTIFS DE **LA FAMILLE :**

1 .....
.....
2 .....
.....
3 .....
.....

PROCHAIN RENDEZ-VOUS :

MON SUIVI DIÉTÉTIQUE

DATE : ..... **NOM DIÉTÉTICIEN(NE) :** .....

JE FAIS LE POINT SUR MES OBJECTIFS :

- **ENFANT :**
  - **Objectif 1 :** ☐ Facile à faire ☐ Pas toujours facile à faire ☐ Trop difficile à faire
  - **Objectif 2 :** ☐ Facile à faire ☐ Pas toujours facile à faire ☐ Trop difficile à faire
  - **Objectif 3 :** ☐ Facile à faire ☐ Pas toujours facile à faire ☐ Trop difficile à faire
- **FAMILLE :**
  - **Objectif 1 :** ☐ Facile à faire ☐ Pas toujours facile à faire ☐ Trop difficile à faire
  - **Objectif 2 :** ☐ Facile à faire ☐ Pas toujours facile à faire ☐ Trop difficile à faire
  - **Objectif 3 :** ☐ Facile à faire ☐ Pas toujours facile à faire ☐ Trop difficile à faire

RECOMMANDATIONS **POUR L'ENFANT :**

- .....
  .....
- .....
  .....
- .....
  .....

RECOMMANDATIONS **POUR LA FAMILLE :**

- .....
  .....
- .....
  .....
- .....
  .....

OBJECTIFS DE **L'ENFANT :**

1 .....
.....
2 .....
.....
3 .....
.....

OBJECTIFS DE **LA FAMILLE :**

1 .....
.....
2 .....
.....
3 .....
.....

PROCHAIN RENDEZ-VOUS :

MON SUIVI DIÉTÉTIQUE

2

DATE : ..... **NOM DIÉTÉTICIEN(NE) :** .....

JE FAIS LE POINT SUR MES OBJECTIFS :

- **ENFANT :**
  - **Objectif 1 :** ☐ Facile à faire ☐ Pas toujours facile à faire ☐ Trop difficile à faire
  - **Objectif 2 :** ☐ Facile à faire ☐ Pas toujours facile à faire ☐ Trop difficile à faire
  - **Objectif 3 :** ☐ Facile à faire ☐ Pas toujours facile à faire ☐ Trop difficile à faire
- **FAMILLE :**
  - **Objectif 1 :** ☐ Facile à faire ☐ Pas toujours facile à faire ☐ Trop difficile à faire
  - **Objectif 2 :** ☐ Facile à faire ☐ Pas toujours facile à faire ☐ Trop difficile à faire
  - **Objectif 3 :** ☐ Facile à faire ☐ Pas toujours facile à faire ☐ Trop difficile à faire

RECOMMANDATIONS **POUR L'ENFANT :**

- .....
- .....
- .....

RECOMMANDATIONS **POUR LA FAMILLE :**

- .....
- .....
- .....

OBJECTIFS DE **L'ENFANT :**

1. .....
2. .....
3. .....

OBJECTIFS DE **LA FAMILLE :**

1. .....
2. .....
3. .....

PROCHAIN RENDEZ-VOUS :

MON SUIVI DIÉTÉTIQUE

3

DATE : ..... **NOM DIÉTÉTICIEN(NE) :** .....

JE FAIS LE POINT SUR MES OBJECTIFS :

- **ENFANT :**
  - **Objectif 1 :** ☐ Facile à faire ☐ Pas toujours facile à faire ☐ Trop difficile à faire
  - **Objectif 2 :** ☐ Facile à faire ☐ Pas toujours facile à faire ☐ Trop difficile à faire
  - **Objectif 3 :** ☐ Facile à faire ☐ Pas toujours facile à faire ☐ Trop difficile à faire
- **FAMILLE :**
  - **Objectif 1 :** ☐ Facile à faire ☐ Pas toujours facile à faire ☐ Trop difficile à faire
  - **Objectif 2 :** ☐ Facile à faire ☐ Pas toujours facile à faire ☐ Trop difficile à faire
  - **Objectif 3 :** ☐ Facile à faire ☐ Pas toujours facile à faire ☐ Trop difficile à faire

RECOMMANDATIONS **POUR L'ENFANT :**

- .....
- .....
- .....

RECOMMANDATIONS **POUR LA FAMILLE :**

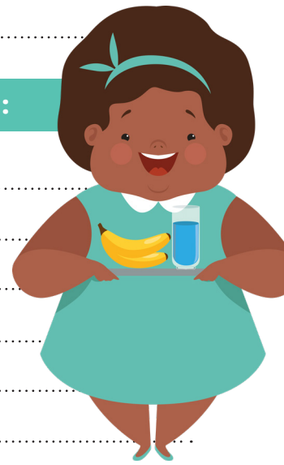
- .....
- .....
- .....

OBJECTIFS DE **L'ENFANT :**

1. .....
2. .....
3. .....

OBJECTIFS DE **LA FAMILLE :**

1. .....
2. .....
3. .....



PROCHAIN RENDEZ-VOUS :

MON SUIVI DIÉTÉTIQUE

4

DATE : ..... **NOM DIÉTÉTICIEN(NE) :** .....

JE FAIS LE POINT SUR MES OBJECTIFS :

- **ENFANT :**
  - **Objectif 1 :** ☐ Facile à faire ☐ Pas toujours facile à faire ☐ Trop difficile à faire
  - **Objectif 2 :** ☐ Facile à faire ☐ Pas toujours facile à faire ☐ Trop difficile à faire
  - **Objectif 3 :** ☐ Facile à faire ☐ Pas toujours facile à faire ☐ Trop difficile à faire
- **FAMILLE :**
  - **Objectif 1 :** ☐ Facile à faire ☐ Pas toujours facile à faire ☐ Trop difficile à faire
  - **Objectif 2 :** ☐ Facile à faire ☐ Pas toujours facile à faire ☐ Trop difficile à faire
  - **Objectif 3 :** ☐ Facile à faire ☐ Pas toujours facile à faire ☐ Trop difficile à faire

RECOMMANDATIONS **POUR L'ENFANT :**

- .....
- .....
- .....

RECOMMANDATIONS **POUR LA FAMILLE :**

- .....
- .....
- .....

OBJECTIFS DE **L'ENFANT :**

1. .....
2. .....
3. .....

OBJECTIFS DE **LA FAMILLE :**

1. .....
2. .....
3. .....

PROCHAIN RENDEZ-VOUS :

MON SUIVI DIÉTÉTIQUE

5

DATE : ..... **NOM DIÉTÉTICIEN(NE) :** .....

JE FAIS LE POINT SUR MES OBJECTIFS :

- **ENFANT :**
  - **Objectif 1 :** ☐ Facile à faire ☐ Pas toujours facile à faire ☐ Trop difficile à faire
  - **Objectif 2 :** ☐ Facile à faire ☐ Pas toujours facile à faire ☐ Trop difficile à faire
  - **Objectif 3 :** ☐ Facile à faire ☐ Pas toujours facile à faire ☐ Trop difficile à faire
- **FAMILLE :**
  - **Objectif 1 :** ☐ Facile à faire ☐ Pas toujours facile à faire ☐ Trop difficile à faire
  - **Objectif 2 :** ☐ Facile à faire ☐ Pas toujours facile à faire ☐ Trop difficile à faire
  - **Objectif 3 :** ☐ Facile à faire ☐ Pas toujours facile à faire ☐ Trop difficile à faire

RECOMMANDATIONS **POUR L'ENFANT :**

- .....
- .....
- .....

RECOMMANDATIONS **POUR LA FAMILLE :**

- .....
- .....
- .....

OBJECTIFS DE **L'ENFANT :**

1. .....
2. .....
3. .....

OBJECTIFS DE **LA FAMILLE :**

1. .....
2. .....
3. .....

PROCHAIN RENDEZ-VOUS :

MON SUIVI DIÉTÉTIQUE

6

DATE : ..... **NOM DIÉTÉTICIEN(NE) :** .....

JE FAIS LE POINT SUR MES OBJECTIFS :

- **ENFANT :**
  - **Objectif 1 :** ☐ Facile à faire ☐ Pas toujours facile à faire ☐ Trop difficile à faire
  - **Objectif 2 :** ☐ Facile à faire ☐ Pas toujours facile à faire ☐ Trop difficile à faire
  - **Objectif 3 :** ☐ Facile à faire ☐ Pas toujours facile à faire ☐ Trop difficile à faire
- **FAMILLE :**
  - **Objectif 1 :** ☐ Facile à faire ☐ Pas toujours facile à faire ☐ Trop difficile à faire
  - **Objectif 2 :** ☐ Facile à faire ☐ Pas toujours facile à faire ☐ Trop difficile à faire
  - **Objectif 3 :** ☐ Facile à faire ☐ Pas toujours facile à faire ☐ Trop difficile à faire

RECOMMANDATIONS **POUR L'ENFANT :**

- .....
  .....
- .....
  .....
- .....
  .....

RECOMMANDATIONS **POUR LA FAMILLE :**

- .....
  .....
- .....
  .....
- .....
  .....

OBJECTIFS DE **L'ENFANT :**

1. .....
   .....
2. .....
   .....
3. .....
   .....

OBJECTIFS DE **LA FAMILLE :**

1. .....
   .....
2. .....
   .....
3. .....
   .....

PROCHAIN RENDEZ-VOUS :

MON SUIVI DIÉTÉTIQUE

7

DATE : ..... **NOM DIÉTÉTICIEN(NE) :** .....

JE FAIS LE POINT SUR MES OBJECTIFS :

- **ENFANT :**
  - **Objectif 1 :** ☐ Facile à faire ☐ Pas toujours facile à faire ☐ Trop difficile à faire
  - **Objectif 2 :** ☐ Facile à faire ☐ Pas toujours facile à faire ☐ Trop difficile à faire
  - **Objectif 3 :** ☐ Facile à faire ☐ Pas toujours facile à faire ☐ Trop difficile à faire
- **FAMILLE :**
  - **Objectif 1 :** ☐ Facile à faire ☐ Pas toujours facile à faire ☐ Trop difficile à faire
  - **Objectif 2 :** ☐ Facile à faire ☐ Pas toujours facile à faire ☐ Trop difficile à faire
  - **Objectif 3 :** ☐ Facile à faire ☐ Pas toujours facile à faire ☐ Trop difficile à faire

RECOMMANDATIONS **POUR L'ENFANT :**

- .....
  .....
- .....
  .....
- .....
  .....

RECOMMANDATIONS **POUR LA FAMILLE :**

- .....
  .....
- .....
  .....
- .....
  .....

OBJECTIFS DE **L'ENFANT :**

1. .....
   .....
2. .....
   .....
3. .....
   .....

OBJECTIFS DE **LA FAMILLE :**

1. .....
   .....
2. .....
   .....
3. .....
   .....

PROCHAIN RENDEZ-VOUS :

MA PREMIÈRE CONSULTATION PSYCHOLOGIQUE

DATE : ..... **NOM PSYCHOLOGUE :** .....

L'enfant est accompagné de :

☐ Sa mère ☐ Son père ☐ Autre : .....

Quelles sont les raisons de ta venue ?

.....

.....

Souhaiterais tu perdre du poids ? Pourquoi ?

.....

.....

Selon toi, pourquoi as-tu pris du poids ?

.....

.....

ENVIRONNEMENT FAMILIAL :

- **Place dans la fratrie :** ☐ Ainée ☐ Cadette ☐ Benjamine ☐ Autre : .....
- **Frère(s) :** ..... **Âge :** .....
- **Sœur(s) :** ..... **Âge :** .....
- **Autres :** .....
- **Relations avec les frères et sœurs :** .....

STRUCTURE DE LA FAMILLE

- **Famille classique :** ☐ Oui ☐ Non
- **Famille monoparentale :** ☐ Avec son père ☐ Avec sa mère
- **Famille recomposée :** ☐ Présence d'un beau père ☐ Présence d'une belle mère
- **Autres :** .....
- **Remarques** .....

.....

.....

LOISIRS À LA MAISON

☐ Lecture ☐ TV ☐ Jeux de société ☐ Ordinateur

☐ Travaux manuels ☐ Jeux vidéo ☐ Cuisine ☐ Musique

☐ Sport ☐ Jardinage ☐ Tablette, téléphone portable

Autres : .....

Temps journalier passé devant les écrans : .....

Loisirs à l'extérieur : .....

PROBLÉMATIQUE DE L'ENFANT

PRISE EN CHARGE

☐ Pédopsychiatrique ☐ Orthophonique

☐ Psychologue ☐ Psychomotricité

- **Enurésie :** ☐ Primaire ☐ Secondaire
- **Encoprésie :** ☐ Oui ☐ Non

TROUBLES ALIMENTAIRES

☐ Grignotages : ○ envie ○ besoin

☐ Hyperphagie nocturne ☐ Hyperphagie boulimique

☐ Crises boulimiques ☐ Cache la nourriture

☐ Hyperphagie compensatrice ☐ Compulsions alimentaires

☐ Régime amaigrissant ☐ Episodes anorexiques

EVALUATION DU DISCOURS

☐ Labile ☐ Ne s'exprime pas

☐ Vocabulaire riche ☐ S'inscrit sur le mode question/réponse

☐ Très à l'aise pour communiquer ☐ Mal à l'aise

ESTIME DE SOI

- ☐ Estime de soi
- ☐ Attend l'approbation de l'adulte
- ☐ Image corporelle négative
- ☐ Image corporelle positive
- ☐ Mésestime de soi
- ☐ Imite les autres jeunes
- ☐ Non confiance en soi
- ☐ Confiance en soi

ATTITUDES / COMPORTEMENTS / FACTEUR PSYCHOLOGIQUE

- ☐ Anxiété
- ☐ Angoisse
- ☐ Aboulie
- ☐ Addiction
- ☐ Agitation psychomotrice
- ☐ Puérilisme
- ☐ Stress
- ☐ Apathie
- ☐ Ronge ses ongles
- ☐ Hyperémotivité
- ☐ Introversion
- ☐ Dépression

TROUBLES DU SOMMEIL

- ☐ Insomnie
- ☐ Apnée du sommeil
- ☐ Dort avec les parents
- ☐ Oppositions au coucher
- ☐ Cauchemars
- ☐ Ronflements

COMPORTEMENT DE L'ENFANT

- **Scolarisée en classe de :** ..... **Etablissement scolaire :** .....
- **Redoublement précédent :** .....
- **Organisation des devoirs :**
  - ☐ Fait ses devoirs seul
  - ☐ Fait ses devoirs avec l'aide d'un frère/sœur/voisin/aide
  - ☐ Fait ses devoirs avec ses parents
  - ☐ S'organise seul/difficultés pour trouver une aide dans la famille
  - ☐ Possibilité de s'isoler dans le calme pour faire ses devoirs
    ○ oui ○ non

COMPORTEMENTS / ATTITUDES

- ☐ Participation aux tâches quotidiennes
- ☐ Fait son lit, range sa chambre
- ☐ Met le couvert

COMPORTEMENT DE L'ENFANT DURANT LA CONSULTATION

- ☐ Attentive au débat
- ☐ Participation active
- ☐ Désintéressée
- ☐ Passivité

COMPORTEMENT DE L'ENFANT EN SITUATION DE GROUPE

- ☐ Concentrée
- ☐ Régulière
- ☐ Chahuteuse
- ☐ Incapable de fixer son attention
- ☐ Désintérêt : ○ Passif ○ Manifesté
- ☐ Fatigabilité
- ☐ Comportement inadapté : .....

NIVEAU DE MOTIVATION DE L'ENFANT

☐ Motivée ☐ Moyennement motivée ☐ Pas motivée

Entoure le bonhomme qui correspond le mieux à ta motivation pour poursuivre le programme alimentaire

OBJECTIFS DE TRAVAIL PSYCHOLOGIQUE

- ☐ L'estime de soi
- ☐ Relations parents/enfant
- ☐ Diriger vers un suivi psychologique / pédopsychiatrique
- ☐ Harcèlement
- ☐ L'image corporelle
- ☐ La motivation
- ☐ Diriger vers une ouverture sociale (famille, sport, loisirs etc....)
- ☐ Moquerie

Observations, conclusion : .....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

SYNTHÈSE DU PREMIER ENTRETIEN PSYCHOLOGIQUE

DATE : ..... **NOM PSYCHOLOGUE :** .....

NIVEAU DE MOTIVATION DE L'ENFANT

☐ Motivée ☐ Moyennement motivée ☐ Pas motivée

Entoure le bonhomme qui correspond le mieux à ta motivation pour poursuivre le programme

SES MOTIVATIONS :

☐ Esthétisme ☐ Santé ☐ Vêtements ☐ Médecin

☐ Sport ☐ Pour sa famille ☐ Mieux être ☐ Mieux se mouvoir

☐ Autres : .....

OBJECTIFS DE TRAVAIL PSYCHOLOGIQUE

☐ L'estime de soi ☐ L'image corporelle ☐ Relations parents/enfant

☐ La motivation ☐ Diriger vers une ouverture sociale (famille, sport, loisirs etc...)

☐ Troubles du comportement alimentaire
Si oui le ou lesquelles.....

☐ Diriger vers une prise en charge spécialisée

Observations, conclusion : .....

.....

.....

.....

.....

BILAN PSYCHOLOGIQUE INTERMEDIAIRE

DATE : ..... **NOM PSYCHOLOGUE :** .....

L'enfant est accompagné de : .....

Entoure le bonhomme qui correspond le mieux à ta motivation pour poursuivre le programme alimentaire

Objectifs fixés avec l'enfant et sa famille :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

BILAN PSYCHOLOGIQUE INTERMEDIAIRE

2

DATE : ..... **NOM PSYCHOLOGUE :** .....

L'enfant est accompagné de : .....

Entoure le bonhomme qui correspond le mieux à ta motivation pour poursuivre le programme alimentaire

Objectifs fixés avec l'enfant et sa famille :

.....

BILAN PSYCHOLOGIQUE INTERMEDIAIRE

3

DATE : ..... **NOM PSYCHOLOGUE :** .....

L'enfant est accompagné de : .....

Entoure le bonhomme qui correspond le mieux à ta motivation pour poursuivre le programme alimentaire

Objectifs fixés avec l'enfant et sa famille :

.....

AUTRE CONSULTATION

1

DATE : .....

NOM DU PROFESSIONNEL .....

FONCTION : .....

RECOMMANDATIONS **POUR L'ENFANT :**

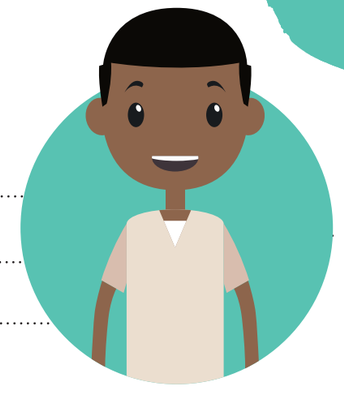
- .....
  .....
- .....
  .....
- .....
  .....
- .....
  .....

RECOMMANDATIONS **POUR LA FAMILLE :**

- .....
  .....
- .....
  .....
- .....
  .....
- .....
  .....

AUTRE CONSULTATION

2



DATE : .....

NOM DU PROFESSIONNEL .....

FONCTION : .....

RECOMMANDATIONS **POUR L'ENFANT :**

- .....
  .....
- .....
  .....
- .....
  .....
- .....
  .....

RECOMMANDATIONS **POUR LA FAMILLE :**

- .....
  .....
- .....
  .....
- .....
  .....
- .....
  .....

MON SUIVI

PAR L'ENSEIGNANT EN APA

DATE : .....

NOM DE L'INTERVENANT : .....

PROGRAMME

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

EVALUATION ACTIVITES PHYSIQUES

- **Composition corporelle :**

DATE	IMC	% MASSE GRASSE

- **Test de souplesse du rachis (test de Schober)**

DATE	DISTANCE (CM)

- **Le test de la marche (6 min)**

DATE	DISTANCE (CM)

OBSERVATIONS

.....

.....

.....

.....

.....

OFFRE DE PRISE EN CHARGE EN MARTINIQUE

OFFRE DE PRISE EN CHARGE HOSPITALIÈRE

CSSR La Valériane

- > 7 ans
- Accompagnement pluridisciplinaire en hôpital de jour
- Prise en charge CGSS
- Dossier à récupérer sur place ou par mail et à compléter par la famille et le médecin traitant

Habitation Saint-Joseph
97200 La Trinité

0596 58 58 23

hdjval@gmail.com

Centre Hospitalier Louis Domergue

- Consultation obésité pédiatrique avec accompagnement pluridisciplinaire

CHLD
Rue Jean Eugène Fatier
97200 - La Trinité

0596 66 46 49
0596 66 44 14

service.pediatrie@chu-martinique.fr

OFFRE DE PRISE EN CHARGE LIBÉRALE

- Médecins généralistes et pédiatres
- Diététiciens
- Psychologues

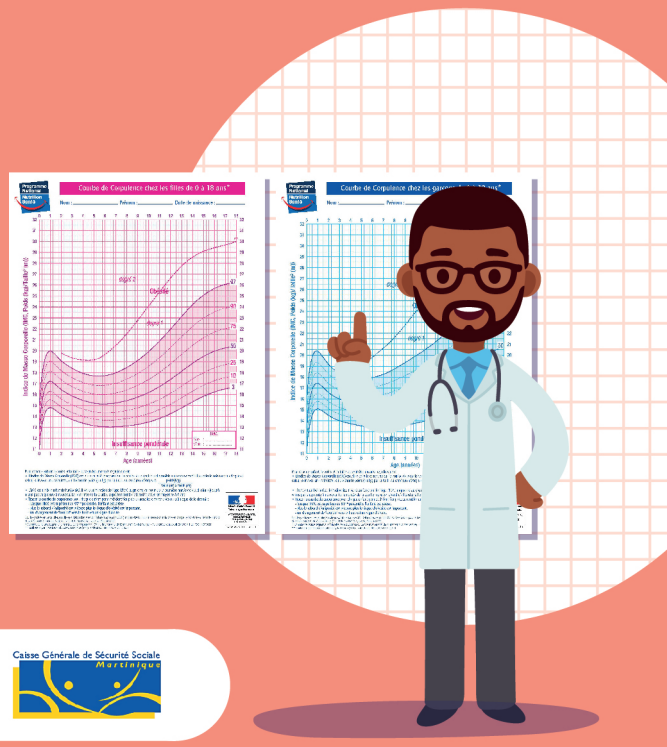
CENTRES MÉDICO-PSYCHO PÉDAGOGIQUES (CMPP)

ACTIVITÉS PHYSIQUES ADAPTÉES APASAM

06 96 74 76 49

apasantemartinique@gmail.com

création idmagine.com



en collaboration avec :

URML MARTINIQUE
UNION RÉGIONALE DES MÉDECINS LIBÉRAUX

Zac de Rivière Roche
Rue Piétonne
Rue George Zaïre
97 200 Fort de France

05 96 63 20 33
05 96 71 93 03
contact@urml-m.org

CONSTRUIRE L'AVENIR DE LA MÉDECINE LIBÉRALE POUR UNE MEILLEURE SANTÉ EN MARTINIQUE