



## ANOREXIE OPPOSITIONNELLE

<b>Dossier Patient</b>
N°

Nom : ..... Prénom : .....

Né(e) le : ..... A : .....

Adresse : .....

.....

Téléphone : .....

E-mail : .....

Date d'entrée dans le réseau : .....

Nom du médecin référent : .....

### Annuaire des professionnels qui suivent l'enfant

Nom	Fonction	Adresse	N° téléphone

Contact et renseignements : site internet : [www.reseau-donc.fr](http://www.reseau-donc.fr)  
téléphone : 02 33 20 77 84



**PREMIER EXAMEN MEDICAL**

Date :                      Age :    ans            mois

➤ **Contexte de la grossesse :**

➤ **Pathologies éventuelles pendant la grossesse :**

➤ **Histoire de l'opposition alimentaire**

<i>PN</i>		<i>TN</i>	
<i>Terme</i>		<i>PCN</i>	
<i>Age auquel sont apparues les difficultés alimentaires</i>			
<i>Retentissement sur le développement physiologique</i>	<i>Oui</i>		<i>Non</i>

➤ **Anthropométrie**

<i>Poids (kg)</i>		<i>Soit DS</i>	
<i>Taille (m)</i>		<i>Soit DS</i>	
<i>IMC (kg/m<sup>2</sup>)</i>		<i>Soit DS</i>	
<i>Rapport PB/PC</i>		<i>Soit DS</i>	

➤ **TA**

<i>TA systolique</i>		<i>TA diastolique</i>	
----------------------	--	-----------------------	--

➤ **Croissance**

<i>Normale</i>		<i>Avance staturale</i>		<i>Infléchissement</i>	
----------------	--	-------------------------	--	------------------------	--

➤ **Evènements familiaux particuliers :**

➤ **Autres anomalies cliniques :**

➤ **Prises médicamenteuses :**

**PROJET PERSONNALISE DE SOINS**  
(à remplir par le médecin)

❖ **Proposition de projet thérapeutique: OUTILS DU RESEAU**

- Consultation psychologique\*
- Consultations diététique\*
- Consultation couplée diététicien -psychologue\*

**Signature du représentant légal de l'enfant :**

**Cachet et Signature du médecin :**

\* Annuaire des professionnels disponible auprès de votre médecin ou au 02.33.20.77.84.

En application des articles 39 et suivants de la loi du 06 janvier 1978 modifiée, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent.

## CONTEXTE FAMILIAL ET HISTOIRE ALIMENTAIRE

(à remplir par les parents ou un professionnel de santé)

Date : \_\_\_\_\_ Nom du consultant : \_\_\_\_\_ Fonction : \_\_\_\_\_

Age de l'enfant (ans /mois) : \_\_\_\_\_ Accompagné par : \_\_\_\_\_

❖ Motif de consultation

Inquiétude des parents	Retentissement sur le développement physiologique	Autre
------------------------	---	-------

❖ Demandée par

Médecin traitant	Médecin scolaire	Enfant	Autre (préciser)
PMI	Autre med spé.	Parent	

### Situation familiale

Parents en couple  
 Parents divorcés : date : \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ avec qui vit l'enfant ? :  
 Parent décédé : date : \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ avec qui vit l'enfant ? :  
 Famille monoparentale  
 Famille recomposée  
 Mère au domicile  
 Garde après l'école Parents  nourrice  Seul   
 Mange à la cantine oui  non

### Antécédents familiaux

	Mère	Père	1 <sup>er</sup> enfant	2 <sup>ème</sup> enfant	3 <sup>ème</sup> enfant		
Age							
Poids (kg)							
Taille (m)							
IMC							
Sexe	F	M					

**Dans la famille y a t'il d'autres personnes dont le comportement alimentaire vous préoccupe ?**

	O	N	Préciser
Frère/soeur			
Conjoint			
Grand-parents			
Autre			

**Votre enfant refuse ce qui lui est proposé**

	O	N
De façon systématique		
En fonction de l'adulte qui le nourrit		
En fonction de l'aliment proposé		
Après avoir mangé une petite quantité		
Autre		

### Comment réagissez vous face à ce refus ?

	O	N
Vous essayez quelque chose qu'il aime bien		
Vous essayez de distraire son attention		
Vous réessayez un peu plus tard		
Vous le laissez en pensant qu'il n'a pas faim à ce moment là		
Vous insistez		
Vous proposez une récompense		
Autre		

### Est ce que ce refus génère pour les parents

	O	N
De l'inquiétude		
De la colère		
De la tristesse		

Difficulté rencontrées		
------------------------	--	--

### Est ce que votre enfant présente d'autres difficultés ?

	O	N
Opposition étendue à d'autres domaines		
Sommeil		
Anxiété		
Ennui		
Relationnel		
Autre		

### Comment s'est déroulée l'alimentation de votre enfant ?

#### A la naissance

	O	N	
Allaitement au sein			Durée (mois) :
Alimentation au biberon			
Les tétées étaient elles difficiles ou longues ?			
Votre enfant a t-il présenté des régurgitations			
Le transit était-il normal			
Etiez-vous obligé de réveiller votre bébé pour les tétées ?			
Aviez-vous besoin d'insister pour finir les biberons ?			
Votre enfant a t-il présenté des cris difficiles à expliquer ? ou des « coliques »?			

## A la diversification

Age de la diversification :

	O	N
La cuillère a t'elle été facilement acceptée ?		
L'alimentation vous a t'elle parue suffisante à ce moment là ?		

## A quel moment sont survenues les premières difficultés alimentaires ?

	O	N
Suite à une maladie ou intervention médicale ?		
Suite à un changement dans le mode d'alimentation ?		
Suite à un changement dans le quotidien de l'enfant (déménagement, mode de garde ....)		
Autre		

## Pensez-vous qu'actuellement l'alimentation de votre enfant :

	O	N
Soit suffisante ?		
Risque de créer des carences ?		
Retentisse sur sa santé ?		

## Synthèse du professionnel de santé et proposition de suivi faite à la famille :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

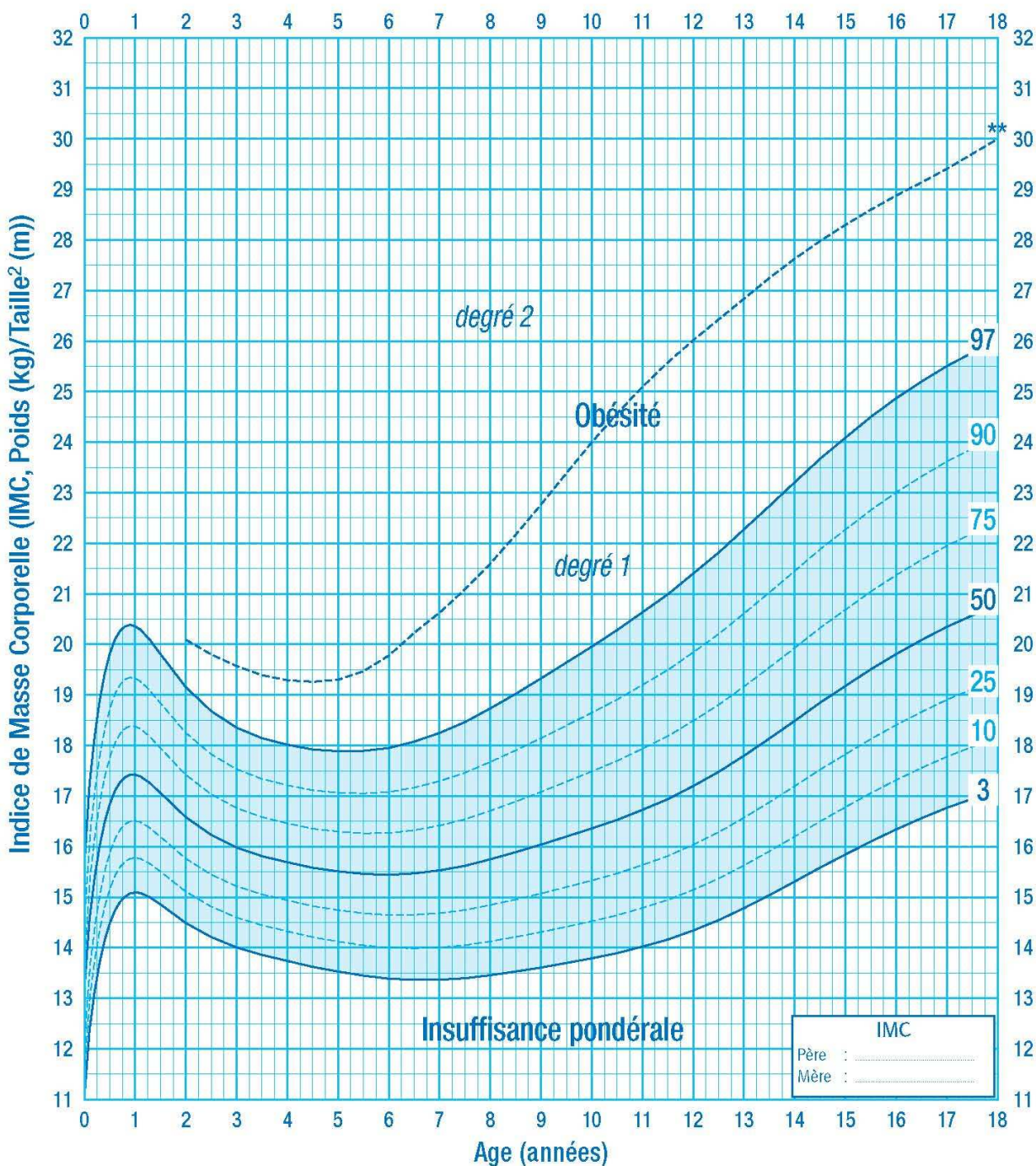
.....

## Consultations de suivi

Date :	Commentaires, objectifs pour la prochaine consultation	
Nom du consultant ou cachet		
Fonction :		
Poids :     kg		Taille :     m
IMC :		Zscore :
$\Delta$ IMC /cs précéd :		
TT :        cm		TH :        cm
Rapport T/H :		
Date :		Commentaires, objectifs pour la prochaine consultation
Nom du consultant ou cachet		
Fonction :		
Poids :     kg	Taille :     m	
IMC :	Zscore :	
Date :	Commentaires, objectifs pour la prochaine consultation	
Nom du consultant ou cachet		
Fonction :		
Poids :     kg		Taille :     m
IMC :		Zscore :
$\Delta$ IMC /cs précéd :		
TT :        cm		TH :        cm
Rapport T/H :		
Date :		Commentaires, objectifs pour la prochaine consultation
Nom du consultant ou cachet		
Fonction :		
Poids :     kg	Taille :     m	
IMC :	Zscore :	
$\Delta$ IMC /cs précéd :		
TT :        cm	TH :        cm	
Rapport T/H :		

# Courbe de Corpulence chez les garçons de 0 à 18 ans\*

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_ Date de naissance : \_\_\_\_\_



Pour chaque enfant, le poids et la taille doivent être mesurés régulièrement.

• L'Indice de Masse Corporelle (IMC) est alors calculé et reporté sur la courbe de corpulence disponible sur [www.sante.fr](http://www.sante.fr). Il se calcule soit avec un disque de calcul, soit avec une calculatrice, en divisant le poids (en kg) par la taille au carré (en mètre) soit :

$$\frac{\text{poids(Kg)}}{\text{taille (m)} \times \text{taille (m)}}$$

• L'IMC est un bon reflet de l'adiposité. Il varie en fonction de l'âge. L'IMC augmente au cours de la première année de vie, diminue jusqu'à 6 ans puis augmente à nouveau. La remontée de la courbe, appelée rebond d'adiposité, a lieu en moyenne à 6 ans.

• Tracer la courbe de corpulence pour chaque enfant permet d'identifier précocement les enfants obèses ou à risque de le devenir :

- lorsque l'IMC est supérieur au 97<sup>ème</sup> percentile, l'enfant est obèse.
- plus le rebond d'adiposité est précoce plus le risque d'obésité est important.
- un changement de "couloir" vers le haut est un signe d'alerte.

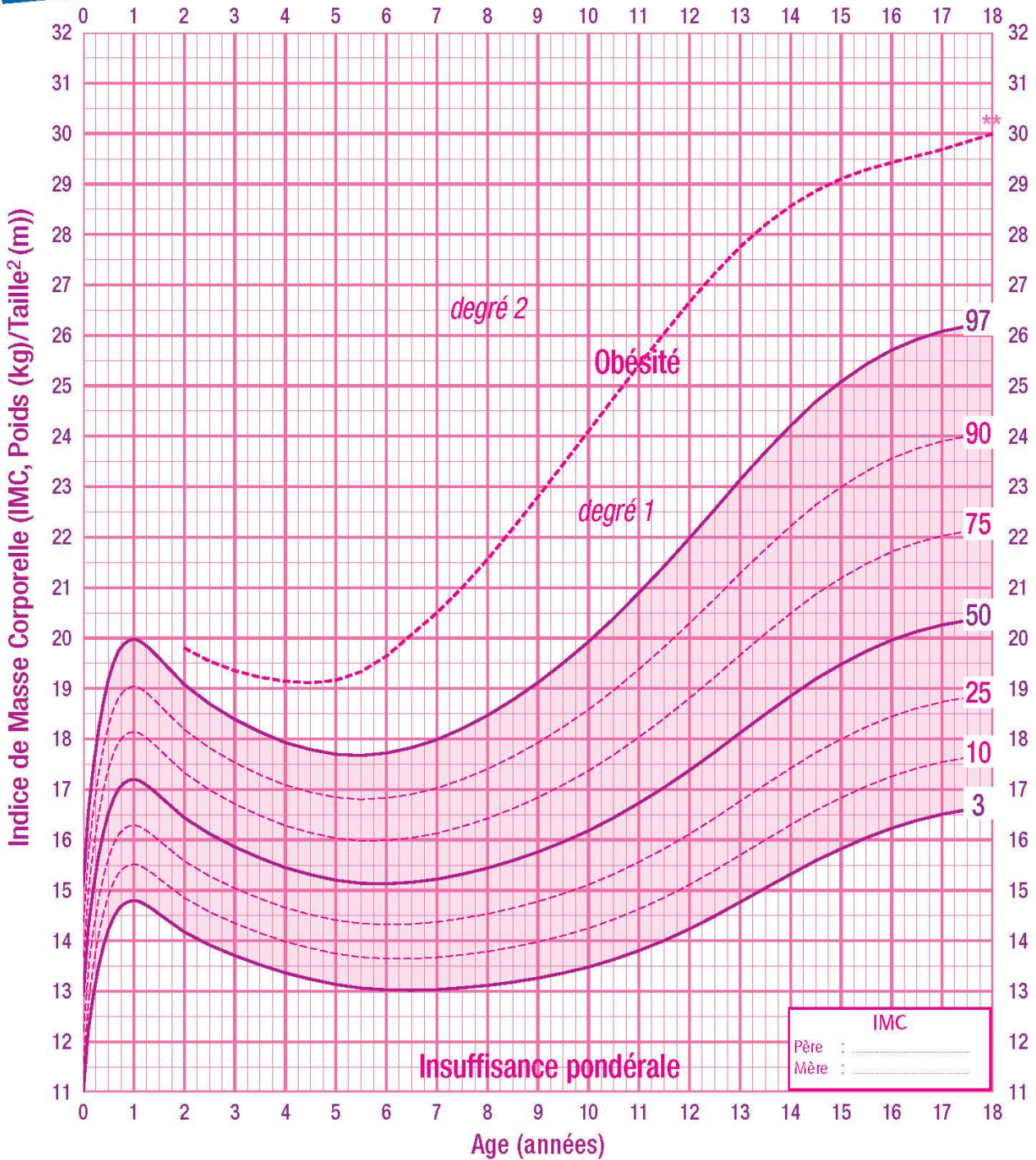
Courbe graduée en percentiles, établie en collaboration avec MF Rolland-Cachera (INSERM) et l'Association pour la Prévention et la prise en charge de l'Obésité en Pédiatrie (APOP) et validée par le Comité de Nutrition (CN) de la Société Française de Pédiatrie (SFP).

\* Données de l'étude séquentielle française de la croissance du Centre International de l'Enfance (Pr Michel Sempé) - Rolland-Cachera et coll. Eur J Clin Nutr 1991; 45:13-21

\*\* Seuil établi par l'International Obesity Task Force (IOTF) - Cole et coll. BMJ 2000;320:1240-3

## Courbe de Corpulence chez les filles de 0 à 18 ans\*

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_ Date de naissance : \_\_\_\_\_



Pour chaque enfant, le poids et la taille doivent être mesurés régulièrement.

• L'Indice de Masse Corporelle (IMC) est alors calculé et reporté sur la courbe de corpulence disponible sur [www.sante.fr](http://www.sante.fr). Il se calcule soit avec un disque de calcul, soit avec une calculette, en divisant le poids (en kg) par la taille au carré (en mètre) soit : 
$$\frac{\text{poids(Kg)}}{\text{taille (m)} \times \text{taille (m)}}$$

• L'IMC est un bon reflet de l'adiposité. Il varie en fonction de l'âge. L'IMC augmente au cours de la première année de vie, diminue jusqu'à 6 ans puis augmente à nouveau. La remontée de la courbe, appelée rebond d'adiposité, a lieu en moyenne à 6 ans.

• Tracer la courbe de corpulence pour chaque enfant permet d'identifier précocement les enfants obèses ou à risque de le devenir :

- lorsque l'IMC est supérieur au 97<sup>ème</sup> percentile, l'enfant est obèse.
- plus le rebond d'adiposité est précoce plus le risque d'obésité est important.
- un changement de "couloir" vers le haut est un signe d'alerte.

Courbe graduée en percentiles, établie en collaboration avec MF Rolland-Cachera (INSERM) et l'Association pour la Prévention et la prise en charge de l'Obésité en Pédiatrie (APOP) et validée par le Comité de Nutrition (CN) de la Société Française de Pédiatrie (SFP).

\* Données de l'étude séquentielle française de la croissance du Centre International de l'Enfance (Pr Michel Sempé) - Rolland-Cachera et coll. Eur J Clin Nutr 1991; 45:13-21

\*\* Seuil établi par l'International Obesity Task Force (IOTF) - Cole et coll. BMJ 2000;320:1240-3