



Formulaire de référence

Nom de l'enfant : _____ Date de naissance : _____

Numéro d'assurance maladie et date d'expiration : _____

Coordonnées (Adresse complète) :

Numéro de téléphone : _____ Courriel : _____

Nom du médecin ou du professionnel de la santé référent : _____

Âge : _____

Poids : _____ kg

Grandeur : _____ cm

Tour de taille : _____ cm

Motifs de la référence (cochez le ou les critères qui s'appliquent) :

1. Obésité précoce < 10 ans
2. Complications associées à l'embonpoint ou à l'obésité :
 - a. Prédiabète, diabète ou intolérance au glucose
 - b. Dyslipidémies : HDL bas
LDL augmentés
Triglycérides augmentés
 - c. Hypertension (selon les chartes habituelles pour l'âge)
3. Milieu socio-économique défavorisé (monoparentalité, faible éducation, pauvreté)
4. Autres _____

**Faire parvenir par télécopieur au
514 416-0332**

- Veuillez nous acheminer les courbes de croissance avec la référence.
- Les bilans sanguins suivants doivent être effectués avant la référence :
 - Bilan lipidique à jeun (HLD, LDL, Triglycérides, Cholestérol total)
 - Insuline à jeun
 - Glycémie à jeun
 - HbA1c
 - TSH
 - ALT