



## 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  
418 541-1157**

- 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