

Questionnaire 1^{ère} consultation (Enfants/Adolescents)
Troubles alimentaires

Ce questionnaire est à **compléter par les parents**. Vous pouvez le remplir directement sous format informatique et me le renvoyer à infanto@caradoc.fr. **Tous ces éléments sont confidentiels. Nous vous recommandons de vous en faire une copie.**

A l'issue de l'évaluation pédopsychiatrique, seuls les enfants et adolescents nécessitant des soins en ateliers thérapeutiques seront pris en charge au sein de l'unité.

Nous vous précisons que ces ateliers sont organisés sur les horaires scolaires (soit entre 9h 17h).

Le pédopsychiatre ne fera pas de consultation de suivi si l'enfant ne participe pas aux ateliers groupaux.

Questionnaire complété le:

Par :

Médecin adresseur :

1- PARTIE ADMINISTRATIVE

Nom de l'enfant :

Prénom :

Date de naissance :

Âge actuel :..... Poids :..... Taille :..... IMC :.....

(Merci de fournir la photocopie de sa courbe de croissance issue du carnet de santé)

Adresse postale :

Téléphone fixe :

Téléphone mobile :

Adresse Mail :

Classe actuelle :

Institution (école, collège, lycée...) nom et ville :

.....

2 - MOTIFS DE CONSULTATION

Quels sont les problèmes récents pour lesquels vous sollicitez une consultation ?

Dans cette partie, nous vous demandons de préciser vos difficultés actuelles et leurs moments d'apparition. Si plusieurs problématiques sont présentes, essayez de déterminer laquelle est la plus préoccupante ou celle qui a le plus de conséquences sur votre enfant aujourd'hui. Si votre enfant présente une douleur physique, merci de la quantifier/ noter sur 10 (0 = pas de douleur, 10 = douleur extrême)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Quelles sont vos attentes et/ou celle de votre enfant concernant sa prise en charge au sein du service infanto juvénile ?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Qui assure le suivi médical de votre enfant ? (Nom, Adresse, Tél. & Courriel). A quelle fréquence ?

Médecin traitant :

Médecin pédiatre :.....

Médecin psychiatre :.....

.....

.....

Une demande d'affection longue durée a-t-elle été effectuée ? OUI NON