RIOP
Recueil d'Information Obésité Pédiatrique

Date de la demande*
Les représentants légaux de l'enfant ont-ils été informés de la demande* : ☐ Oui ☐ Non Sinon, pourquoi :
Les représentants légaux sont-ils opposés au partage d'information entre les différents professionnels* : ☐ Oui ☐ Non
Si oui, pourquoi :

Personne renseignant le formulaire*
☐ M. ☐ Mme NOM : Prénom :
Fonction / Qualité : Structure :
Commune / secteur d'intervention :
Téléphone / Courriel :

Identité de l'enfant*	Lieu de vie de l'enfant*
NOM : Prénom :	Adresse :
Sexe : ☐ Féminin ☐ Masculin	Commune :
Date de naissance :	Téléphone :
Commune de naissance :	

ENTOURAGE

Parent 1* : autorité parentale ☐ Oui ☐ Non	Parent 2* : autorité parentale ☐ Oui ☐ Non	Personne à contacter :
NOM :	NOM :	NOM :
Prénom :	Prénom :	Prénom :
Adresse :	Adresse :	Lien avec la personne :
Courriel :	Courriel :	Courriel :
Téléphone :	Téléphone :	Téléphone :

INTERVENANTS

Fonction et structure (PMI, SESSAD, IME, IDE, kiné, psychomot, éduc, ASS, famille, …)	NOM et Prénom	Tél / Courriel	Modalités d'intervention (Nature, fréquence intervention, …)
Médecin traitant/pédiatre			

POIDS : **TAILLE :**

PRISE EN SOINS ANTERIEURES

Cochez la ou les prises en soins	Informations concernant ces prises en soins
☐ CSO (Centre Spécialisé de l'Obésité)	
☐ Service de SMR (Soins Médicaux et Réadaptation):	
☐ - Institut Saint Pierre	
☐ - Autre, précisez	
☐ Programme MRTC (Mission Retrouve Ton Cap)	
☐ Endocrinologue	
☐ Nutritionniste	
☐ Diététicien	
☐ Psychologue	
☐ APA (Activité Physique Adaptée)	
☐ Éducation thérapeutique	
☐ Autre(s) professionnel(s), précisez	

Exposé de la situation*

Attente(s) du demandeur

Informations obligatoires