

## CENTRE OF EXCELLENCE IN ADOLESCENT SEVERE OBESITY (CEASO)

### DEMANDE DE CONSULTATION

VEUILLEZ FAXER LE FORMULAIRE REMPLI AU 514-412-4319

#### CRITÈRES D'INCLUSION POUR LA CLINIQUE

<b>13-17 ans</b>
<b>IMC &gt; 35 kg/m<sup>2</sup> avec des comorbidités majeures</b>  (i.e. diabète de type 2, apnée du sommeil modérée à sévère [indice d'apnée-hypopnée > 15], pseudo-tumeur cérébrale ou stéatohépatite non alcoolique (ALT > 35))  OU  <b>IMC &gt; 40 kg/m<sup>2</sup></b>

Date de Reference (jj/mm/aaaa) \_\_\_\_\_

#### MEDECIN REFERENT

Nom du médecin réfèrent \_\_\_\_\_

No de permis \_\_\_\_\_

No de téléphone \_\_\_\_\_

No de telecopieur \_\_\_\_\_

Spécialité (pédiatre, docteur de famille) \_\_\_\_\_

#### INFORMATION DU PATIENT

Nom \_\_\_\_\_

No de téléphone \_\_\_\_\_

Date de naissance (jj/mm/aaaa) \_\_\_\_\_ Age \_\_\_\_\_

Poids (kg) \_\_\_\_\_ Taille (cm) \_\_\_\_\_ IMC (kg/m<sup>2</sup>) \_\_\_\_\_

Date de mesure (dd/mm/yyyy) \_\_\_\_\_

Co-morbidités connues \_\_\_\_\_

**Veillez inclure une copie de tous les tests sanguins effectués récemment dans un laboratoire externe et les courbes de croissance.**

*Pour toute question, veuillez contacter Carla Farnesi, coordinatrice clinique, au 514-412-4400 poste 23346 ou [carla.farnesi@muhc.mcgill.ca](mailto:carla.farnesi@muhc.mcgill.ca)*