

## Centre Of Excellence in Adolescent Severe Obesity (CEASO)

### DEMANDE DE CONSULTATION / REFERRAL FORM

Envoyer le formulaire par télécopieurs au / Return form via FAX to **514-412-4319**

#### CRITÈRES D'INCLUSION POUR LA CLINIQUE / INCLUSION CRITERIA FOR CLINIC

| Âge / Age | 13-17 ans / 13-17 year old                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                             |
|-----------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------|
| IMC / BMI | <b>IMC &gt; 35 kg/m<sup>2</sup> avec des comorbidités majeures /</b><br><b>BMI &gt; 35kg/m<sup>2</sup> with major co-morbidities</b><br><br><b>(i.e. diabète de type 2, apnée du sommeil modérée à</b><br><b>sévère, pseudo-tumeur cérébrale ou stéatohépatite non</b><br><b>alcoolique (ALT&gt; 35)) /</b><br><b>(i.e., type 2 diabetes mellitus, moderate to severe sleep apnea,</b><br><b>pseudotumor cerebri, or non-alcoholic steatohepatitis ( ALT&gt;</b><br><b>35))</b> | <b>IMC &gt; 40 kg/m<sup>2</sup> /</b><br><b>BMI &gt; 40kg/m<sup>2</sup></b> |

#### INFORMATION DU MÉDECIN RÉFÉRENT / REFERRING PHYSICIAN INFORMATION

Nom du médecin / Name of physician \_\_\_\_\_

Numéro de Permis / License number \_\_\_\_\_

No de téléphone / Telephone number \_\_\_\_\_

Spécialité / Specialty

☐ Docteur de famille / Family doctor ☐ Pédiatre / Pediatrician ☐ Autre / Other \_\_\_\_\_

#### INFORMATION DU PATIENT / PATIENT INFORMATION

Prénom / First Name: \_\_\_\_\_ Nom de Famille / Last Name: \_\_\_\_\_

No de téléphone / Phone Number: \_\_\_\_\_

Date de naissance (jj/mm/aaaa) / Date of Birth (dd/mm/yyyy) \_\_\_\_\_ Âge / Age \_\_\_\_\_

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

Date de mesure (jj/mm/aaaa) / Date of Measure (dd/mm/yyyy) \_\_\_\_\_

Co-morbidités connues / Known Co-Morbidities:

☐ SOPK / PCOS ☐ HTA / HTN ☐ Autre / Other \_\_\_\_\_  
☐ Prédiabète / Prediabetes ☐ Dyslipidémie / Dyslipidemia \_\_\_\_\_  
☐ SAOS / OSA ☐ Stéatose Hépatique / Hepatic \_\_\_\_\_  
☐ Diabète de Type 2 / Type 2 Diabetes Steatosis \_\_\_\_\_

Veuillez inclure une copie de / Include copies of:

- ☐ Tests sanguins effectués récemment / Blood tests recently done  
☐ Les courbes de croissance / Growth charts

Signature du Référent / Referent's Signature \_\_\_\_\_

Date de Référence (jj/mm/aaaa) / Date of Referral (dd/mm/yyyy) \_\_\_\_\_

Les formulaires incomplets seront renvoyés au référent /  
Incomplete forms will be returned to referent

**Questions**  
ceaso.hme@muhc.mcgill.ca  
514-412-4400 ext 23346