

**DEMANDE D'INTERVENTION AU MÉDECIN-CONSEIL DE L'ORGANISME ASSUREUR DANS LE COÛT DU TRAJET DE SOINS MULTIDISCIPLINAIRE POUR LES ENFANTS SOUFFRANT D'OBÉSITÉ ET ÂGÉS DE PLUS DE 2 ANS ET DE MOINS DE 18 ANS**

**À REMPLIR PAR LE PARENT OU LE TUTEUR D'UN PATIENT QUI EST SUIVI PAR UN CENTRE PÉDIATRIQUE MULTIDISCIPLINAIRE DE PRISE EN CHARGE DE L'OBÉSITÉ POUR DES ENFANTS SOUFFRANT D'OBÉSITÉ**

Apposer une vignette du bénéficiaire SVP

**Le/La soussigné/e**

.....(nom et prénom)

Cochez ce qui convient :

- demande une intervention dans les coûts du trajet de soins multidisciplinaire qui a été prescrit à son enfant et s'engage à le laisser suivre ce trajet de soins.
- donne son accord pour que le coordinateur du CPMO transmette le présent formulaire au médecin-conseil de l'organisme assureur.

Date de la demande : .../.../.....

Signature du parent ou du tuteur :

---

**À REMPLIR PAR LE MÉDECIN SPÉCIALISTE EN PÉDIATRIE RESPONSABLE DU CENTRE PÉDIATRIQUE MULTIDISCIPLINAIRE DE PRISE EN CHARGE DE L'OBÉSITÉ POUR DES ENFANTS SOUFFRANT D'OBÉSITÉ**

**Identification du service hospitalier spécialisé conventionné :**

Numéro : ....

Nom et adresse : .....

.....

Nom et numéro de téléphone de la personne de contact :

.....

.....

Pour le bénéficiaire susmentionné, un trajet de soins multidisciplinaire est prescrit du ...../...../..... au ...../...../..... inclus.

**DONNÉES CLINIQUES ET D'ANAMNÈSE**

Le bénéficiaire susmentionné

souffre d'obésité de stade EOSS-P 0 1 2 3 (encercler ce qui est fixé)

présente des comorbidités

.....

:

**Année** durant laquelle l'affection susmentionnée est apparue .....

Nom, signature du pédiatre du Centre pédiatrique multidisciplinaire de prise en charge de l'obésité et date :

.....  
.....  
.....

Noms des **autres médecins** impliqués activement dans le traitement de l'obésité du bénéficiaire :

- Médecins spécialistes :  
.....
- Médecin généraliste :  
.....

---

<b>DÉCISION DU MÉDECIN-CONSEIL</b>
------------------------------------

**Date de réception de la présente demande** : ...../...../.....

**Décision du médecin-conseil** :

Favorable au suivi d'un trajet

Défavorable au suivi d'un trajet pour les raisons suivantes :

.....  
.....  
.....

Autre :

.....  
.....  
.....

**Identification et signature du médecin-conseil et date de la décision** :

.....  
.....