

FICHE DE LIAISON

**A TRANSMETTRE CHAQUE FIN DE MOIS CONSULTATION
PAR MAIL contact@rp974.com OU FAX 0262 37 21 73**

ORIENTATION DU PATIENT VERS LE RP974

par le médecin RP974 suite au dépistage de la PMI
 suite au dépistage de la Médecine Scolaire par un médecin hospitalier
 par le médecin traitant habituel

nom du médecin RP974			
médecin traitant habituel			
nom & prénom du patient			
date de naissance / sexe			<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
poids à l'inclusion		taille à l'inclusion	
adresse + CP			

Plan Personnalisé de Santé 1ère année à signer en début de prise en charge (bas de page)

Pratique d'une activité sportive en dehors de l'école OUI NON

Participation demandée aux ATELIERS ACTIVITE PHYSIQUE OUI NON

Participation demandée aux ATELIERS ALIMENTATION OUI NON

CONSULTATIONS 1ère ANNEE :

- entre 8 et 10 consultations
- 1 CS par mois pendant 6 mois, puis toutes les 6 semaines
- synthèse à 1 an quel que soit le nombre de consultations
- possibilité de suivi diét et/ou psy après consult. suivi n°4

consultations 1ère année	date	signature du patient	signature responsable légal	signature du médecin	prochain RDV
première consultation					
consultation de suivi n° 1	1 mois après				
consultation de suivi n° 2	1 mois après				
consultation de suivi n° 3	1 mois après				
consultation de suivi n° 4	1 mois après				
consultation de suivi n° 5	1 mois après				
consultation de suivi n° 6	6 à 8 sem. après				
consultation de suivi n° 7	6 à 8 sem. après				
consultation de suivi n° 8	6 à 8 sem. après				
consultation de synthèse à 1 an	1 an après intégration				

prise en charge psychologique	OUI	demandée le	signature médecin
prise en charge diététique	OUI	demandée le	signature patient
bilan hospitalier	OUI	demandé le	signature responsable légal

nom du médecin nom du patient

Plan Personnalisé de Santé 2ème année à signer en début de 2ème année

Demande atelier alimentation OUI NON demande ateliers ACTIVITES PHYSIQUE OUI NON
 pratique activité physique hors école OUI NON

CONSULTATIONS 2ème ANNEE : — entre 4 et 6 consultations (soit 1 CS tous les 2 à 3 mois)
 — synthèse à 1 an quel que soit le nombre de consultations

consultations 2ème année	date	signature du patient	signature responsable légal	signature du médecin	prochain RDV
consultation de suivi n° 1					
consultation de suivi n° 2					
consultation de suivi n° 3					
consultation de suivi n° 4					
consultation de suivi n° 5					
bilan 2ème année (1 an après)					

prise en charge psychologique OUI demandée le *si pas de prise en charge antérieure*

prise en charge diététique OUI demandée le *si pas de prise en charge antérieure*

bilan hospitalier OUI demandé le

ateliers ALIMENTATION OUI ateliers ACTIVITE PHYSIQUE OUI

signature médecin signature responsable légal signature patient

Plan Personnalisé de Santé 3ème année à signer en début de 3ème année

CONSULTATIONS 3ème ANNEE : 4 consultations (soit 1 CS tous les 3 mois)
 — synthèse à 1 an quel que soit le nombre de consultations

consultations 3ème année	date	signature du patient	signature responsable légal	signature du médecin	prochain RDV
consultation de suivi n° 1					
consultation de suivi n° 2					
consultation de suivi n° 3					
bilan 3ème année (1 an après)					

prise en charge psychologique OUI demandée le *si pas de prise en charge antérieure*

prise en charge diététique OUI demandée le *si pas de prise en charge antérieure*

bilan hospitalier OUI demandé le

ateliers ALIMENTATION OUI ateliers ACTIVITE PHYSIQUE OUI

signature médecin signature responsable légal signature patient