

CENTRE OF EXCELLENCE IN ADOLESCENT SEVERE OBESITY (CEASO)

REFERRAL FORM

PLEASE FAX COMPLETED FORM TO 514-412-4319

INCLUSION CRITERIA FOR CLINIC

13-17 year old
BMI > 35kg/m² with major co-morbidities (i.e., type 2 diabetes mellitus, moderate to severe sleep apnea [apnea-hypopnea index>15], pseudotumor cerebri, or non-alcoholic steatohepatitis (ALT> 35))
<u>OR</u>
BMI > 40kg/m²

Date of Referral (dd/mm/yyyy) _____

REFERRING PHYSICIAN

Name of physician _____

License number _____

Telephone number _____ FAX number _____

Email _____

Specialty (pediatrician, family doctor, in-hospital) _____

PATIENT INFORMATION

Name _____

Phone number _____ Email _____

RAMQ _____

Date of birth (dd/mm/yyyy) _____ Age _____

Weight (kg) _____ Height (cm) _____ BMI (kg/m²) _____

Date of measure (dd/mm/yyyy) _____

Known co-morbidities _____

Please include copies of all testing recently done in any outside laboratory and growth charts

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

13-17 ans
IMC > 35 kg/m² avec des comorbidités majeures (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 IMC > 40 kg/m²

Date de Reference (jj/mm/aaaa) _____

MEDECIN REFERENT

Nom du médecin réfèrent _____

No de permis _____

No de téléphone _____ No de telecopieur _____

Courriel _____

Spécialité (pédiatre, docteur de famille) _____

INFORMATION DU PATIENT

Nom _____

No de téléphone _____ Courriel _____

RAMQ _____

Date de naissance (jj/mm/aaaa) _____ Age _____

Poids (kg) _____ Taille (cm) _____ IMC (kg/m²) _____

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