

## DEMANDE DE CONSULTATION DE GASTROPEDIATRIE (v2)

Dr C. BORDERON

NOM DE L'ENFANT : ...

Adresse : ...

DATE DE NAISSANCE : ...

Tel. Parents : ...

### MOTIF DE LA DEMANDE

- Constipation
- Douleurs abdominales/épigastriques
- Diarrhée
- Rectorragies
- Stagnation pondérale
- Hépatologie
- Reflux gastro-œsophagien

*Pour une première consultation, merci d'adresser l'enfant avec s'il y a :*

**Radiographie(s) et/ou bilan sanguin**

***Merci d'apporter le carnet de santé***

### ANTECEDENTS FAMILIAUX OU PERSONNELS NOTABLES

### HISTOIRE DE LA MALADIE PROBLEMES, QUESTIONS POSEES

### AVIS GASTROPEDIATRIQUE

**Merci de renseigner les éléments suivants :**

- Bonne croissance staturo-pondérale
- Stagnation pondérale
- Perte de poids
- Retentissement sur l'état général : (asthénie...)
- Autre : ...

- **Date du début des symptômes :**

- **Traitement instauré :**

- Oui (préciser) : ...
  - En cures courtes ( $\leq$  1 mois)  Au long cours
- Non

Date de la demande :

Signature et tampon du médecin demandeur :