

**Formulaire de demande de certification pour un programme de traitements ambulatoires et multidisciplinaires de groupe de l’obésité de l’enfant et de l’adolescent (PMG)**

1. **Nom du programme**

1. **Personne de contact** (nom, prénom, fonction)

1. **Organisation** (service, département, centre, institution, et responsable institutionnel)

1. **Adresse**

1. **Lieu de mise en œuvre et expansion prévue** (au niveau régional, cantonal ou national)

1. **Résumé du programme**

Veuillez indiquer précisément le contenu du programme (objectifs, âge des participants, fréquence et durée des sessions, date d'inscription et de début, etc.) et la personne de contact.

1. **Objectifs du programme dans les domaines suivants**
2. Activité physique

1. Nutrition

1. Psychologie / Motivation

1. Santé

1. **Méthodes, contenu et documents de travail dans les domaines spécifiques**
2. Activité physique

1. Nutrition

1. Psychologie / Motivation

1. Santé

1. **Formation des membres de l'équipe interdisciplinaire**
2. Pédiatrie/médecine

1. Activité physique

1. Nutrition

1. Psychologie / Motivation

1. **Définition du groupe cible**

1. **Organisation et mise en œuvre de l’évaluation médicale et psychosociale**

1. **Description des groupes**

Nombre d'enfants/adolescents participant par groupe:

Minimum       Maximum

Age des participants: de       à       ans

Nombre d’adultes participant par groupe

Un parent par enfant  Deux parents par enfant

1. **Nombre d’enfants/adolescents traités par an dans le programme**

1. **Nombre de session et durée des sessions individuelles ou en groupe**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Enfants | | Parents | |
|  | Groupe | Individuel | Groupe | Individuel |
| Domaines | Nb sessions / durée (min) | Nb sessions / durée (min) | Nb sessions / durée (min) | Nb sessions / durée (min) |
| Activité physique |  |  |  |  |
| Nutrition |  |  |  |  |
| Psychologie / Motivation |  |  |  |  |
| Suivi à moyen/long-terme |  |  |  |  |
| Total |  |  |  |  |

1. **Déroulement du programme par phase**

(Indications par rapport à un groupe)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Durée  *(semaines/mois)* | Nombre de sessions au total | Fréquence/intensité  *(ex. 2 h. par semaine)* |
| Phase d'admission |  |  |  |
| Phase de thérapie |  |  |  |
| Phase de suivi |  |  |  |
| Remarques |  |  |  |

1. **Subdivision du temps selon les phases du programme**

(Indications des heures pour un groupe de thérapie)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Phases | Admission  *(heures)* | Thérapie *(heures)* | Suivi  *(heures)* | Total par activité |
| Entretiens individuels (patient seul ou avec les parents) |  |  |  |  |
| Entretiens avec les parents seuls |  |  |  |  |
| Programme de groupe  Enfants  Parents  Enfants et parents |  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| Activités spéciales  (ex. camps, semaines intensives) |  |  |  |  |
| Réunions d'équipe |  |  |  |  |
| Total par phase |  |  |  |  |

1. **Description de la phase de suivi à moyen et à long-terme**

1. **Qu'est-il prévu concernant le contrôle de la qualité du programme**

1. **Ce programme fait-il l’objet de recherches scientifiques?**

Oui  Non

Si oui, veuillez indiquer le titre du projet et sa source de financement.

Note: veuillez joindre en annexe un résumé du projet de recherche.

1. **Ce projet de recherche a-t-il été approuvé par une commission d’éthique?**

Oui  Non

Si oui, laquelle?

1. **Recrutement/Communication/Annonce du programme**

*Par quelles voies s'effectuent le recrutement des patients et l’annonce du programme?*

1. **Particularités du programme et remarques**

Annexes (à titre facultatif)

*Exemples:*

*- Documents relatifs à l’annonce du programme: brochures, affiches, site internet etc.)*

*- Dossier de participant (inscription, questionnaires, manuel éducatif, brochures etc.)*

*- Publications*

*-Résumé du projet de recherche, si applicable*

-

-

*-*

Date

Signature du responsable de programme