

**Formulaire de demande de certification pour un programme interdisciplinaire de
thérapie de l'obésité de l'enfant et de l'adolescent**

1. Nom du programme

2. Personne de contact :

(Nom, prénom, fonction)

3. Organisation :

(Service, Département, Centre, Institution, et Responsable institutionnel)

4. Adresse

5. Lieu de mise en œuvre et expansion prévue :

(au niveau régional, cantonal ou national)

6.

7. Résumé du programme :

Le résumé (250 mots max.) sera affiché sur le site internet de l'AKJ. 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.

8. Objectifs du programme dans les domaines suivants :**Activité physique**

--

Alimentation

--

Comportement/psychologie

--

Santé :

--

9. Méthodes, contenu et documents de travail dans les domaines spécifiques:**Activité physique**

--

Alimentation

--

Comportement/psychologie

--

Santé

--

10. Formation des membres de l'équipe interdisciplinaire :**Pédiatrie/médecine**

--

Activité physique

--

Alimentation

--

Psychologie :

--

11. Définition du groupe cible :

--

12. Les données anonymes de l'évaluation (T0 à T3) seront communiquées au centre national de gestion des données sous forme de :

- Formulaires et questionnaires, ou
- Dossier informatique

13. Organisation et mise en œuvre de l'évaluation médicale et psychosociale

--

14. Description des groupes:

Nombre d'enfants/adolescents participant par groupe : Minimum : ::..... Maximum : Age des participants : de ::à ans Nombre d'adultes participant par groupe : <input type="checkbox"/> Un parent par enfant <input type="checkbox"/> Deux parents par enfant
--

15. Nombre d'enfants/adolescents traités par an dans le programme:

--

16. 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				
Alimentation				
Comportement/psychologie				
Suivi à moyen/long-terme				
Total				

17. 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			

18. 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 (<i>patient seul ou avec les parents</i>)				
Entretiens avec les parents seuls				
Programme de groupe				
Enfants				
Parents				
Enfants et parents				
Activités spéciales (<i>ex. camps, semaines intensives</i>)				
Réunions d'équipe				
Total par phase				

16. Description de la phase de suivi à moyen et à long-terme**19. Qu'est-il prévu concernant le contrôle de la qualité du programme ?****20. 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.

21. Ce projet de recherche a-t-il été approuvé par une commission d'éthique ?

Oui Non

Si oui, laquelle ?

22. Recrutement/Communication/Annonce du programme :

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

23. Particularités du programme et remarques :

24. 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 :