

Date de la demande : ____/____/____

DEMANDE DE RENDEZ-VOUS CENTRE REFERENT TCA
A compléter par le médecin traitant ou un autre professionnel de santé

Patients domiciliés dans la Loire, la Drôme et l'Ardèche uniquement.

En cas d'IMC ≤ 14 ou d'une perte de poids importante et rapide merci de contacter directement le centre référent TCA au 04.77.82.93.90.

Toute demande incomplète ne sera pas étudiée.

Coordonnées du médecin adressant :

Votre patient(e):

NOM :	PRENOM
Date de naissance : / /	Sexe : M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
Numéros de téléphone patient : .	
Adresse :	
Si mineur : Numéros Père : . Numéros Mère :	

Prise en charge antérieure :

Suivi **TCA** en cours actuellement : OUI NON

Ce jour :

Poids :	kg.	Taille :	m	cm	. IMC
Poids le plus bas :	kg	.Année :	.Poids le plus haut :	kg	.Année :
Traitements en cours : <u>Merci de joindre l'ordonnance.</u>					
Traitements psychotropes : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> lesquels :					
Aménorrhée secondaire : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> depuis quand :					
Ménopause : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> : depuis quand : .Contraception OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> : laquelle :					

Vomissements : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> fréquence : Nombre par jour : , Nombre par semaine :	
Utilisation de purges (laxatifs, diurétiques) : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> lesquels :	
Fréquence : Nombre par jour : Nombre par semaine :	
Activités sportives intenses : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	

Autres éléments cliniques :