

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 \leq 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 : (CACHET ET SIGNATURE)

Votre patient(e):

NOM : _____ PRENOM _____
Date de naissance : ____ / ____ / ____ Sexe : M F
Numéros de téléphone patient : _____
Adresse : _____ Mail : _____
Si mineur : Numéros Père : _____ Numéros Mère : _____

Prise en charge antérieure en lien avec le TCA :

- Hospitalisation date lieu :
- Psychologue : date fréquence :
- Psychiatre date fréquence :
- Diététicien(ne) date fréquence :

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

Prise en charge antérieure psychiatrique et pédopsychiatrique :

Ce jour :

Poids : _____ kg. Taille : _____ m _____ cm . IMC _____

Poids le plus bas : _____ kg .Année : _____ .Poids le plus haut : _____ kg .Année : _____

Traitements en cours : Merci de joindre l'ordonnance.

Traitements psychotropes : OUI NON lesquels :

Aménorrhée secondaire : OUI NON depuis quand :

Ménopause : OUI NON : depuis quand : _____ .Contraception OUI NON : laquelle : _____

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.

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"/> > 5h/semaine	

Autres éléments cliniques : _____
