

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 : _____
