

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.

**Si vous suspectez pour votre patient un TND type TSA la prise en charge ne relève pas du CRTCA mais des structures dédiées (POC ou UDELA).**

**Coordonnées du médecin adressant : (CACHET ET SIGNATURE)**

Votre patient(e):

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

Prise en charge antérieure :

- Orthophonie si oui fréquence date (compte-rendu à joindre) :
- Psychomotricité si oui fréquence date (compte-rendu à joindre) : date fréquence :
- Psychologue si oui fréquence date (compte-rendu à joindre) date fréquence :
- Neuropsychologue si oui fréquence date (compte-rendu à joindre) :
- Kinésithérapeute oromyofaciale si oui fréquence date (compte-rendu à joindre) :
- ORL si oui fréquence date (compte-rendu à joindre) :
- Orthodontiste si oui fréquence date (compte-rendu à joindre) :
- Allergologue si oui fréquence date (compte-rendu à joindre) :
- Gastro-digestif si oui fréquence date (compte-rendu à joindre) :
- Autres si oui fréquence date (compte-rendu à joindre) :

Poids :                      Taille :                      Photos des courbes de croissance

Panel alimentaire : Détailler les aliments consommés.

Morceaux : oui  non . Textures lisses : oui  non

Féculents :

Légumes :

Fruits :

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.

Produits laitiers :

Protéines :

Autres éléments cliniques : \_\_\_\_\_