

Date de la demande : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

## DEMANDE DE RENDEZ-VOUS CENTRE REFERENT TCA

**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 :

Votre patient(e):

NOM :	PRENOM
Date de naissance :        /        /	Sexe : M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
Numéros de téléphone patient :	.
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 : \_\_\_\_\_