



Demande de consultation TCA à la DISA

Délai **Urgent** (nécessite un contact préalable avec notre équipe médicale) *Si urgent // discuté avec :*

Non urgent (dès que possible en fonction de l'agenda)

Date de la demande :

Informations sur le demandeur

Nom :

Prénom :

Fonction :

Institution :

Adresse postale complète :

Code postal :

Ville :

Tél. :

Adresse e-mail :

Informations sur le patient

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Tél. patient :

Tél. répondant :

Adresse postale complète :

Code postal :

Ville :

Médecin traitant :

Gynécologue :

Médecin traitant averti : Oui Non

Pas consulté depuis > 2 ans

Pas de médecin traitant

***Remarque importante : le médecin traitant doit dans tous les cas être contacté et informé de la demande à la DISA au préalable. Dans la mesure du possible, lui demander de nous adresser un rapport précisant la demande et les documents ci-dessus**

Suivi psychologique actuel : Non Oui Si oui par qui :

Résumé du motif de la demande et de l'anamnèse actuelle : (Si vous le souhaitez vous pouvez joindre un rapport plus complet)

Quand cela

a-t-il débuté ?

Comportement face

à la nourriture ?

Facteur déclenchant :

Activité physique ?

Y a-t-il des vomissements ? Oui Non

Si oui, à quelle fréquence ?

La patiente est-elle réglée ? Oui Non

Si non, date des dernières règles :

Paramètres récents de croissance : Date

Poids

kg // Taille

cm // BMI

kg/m²

Perte ou prise de

poids récente :

Traitement

(y.c. pilule) :

Précisions sur les attentes/remarques :

Merci de joindre à ce formulaire ou de demander au médecin traitant de nous faire parvenir les documents suivants :

- ✓ Courbes de croissance
- ✓ Copie du carnet de vaccinations
- ✓ Eléments médicaux objectifs (rapports, examens de laboratoire, radiologie etc.)

NE PAS REMPLIR (réservé à la DISA)

Nom de l'assistante médicale :

Décision :