Questionnaire médical de sollicitation de la plateforme TCA Occitanie Ouest
à remplir par le médecin demandeur
Aucune réponse ne sera faite directement au patient ou à sa famille

Médecin demandeur

Nom : Prénom : Spécialité : Structure :

Coordonnées : téléphone : adresse mail :

Date :

Si vous n'êtes pas le médecin traitant : Nom du médecin traitant :

Le médecin traitant doit être informé de la démarche de sollicitation de la plateforme.

Trouble des conduites alimentaires concerné (cf critères DSM V)

□ Anorexie mentale sous type restrictif

□ Anorexie mentale sous type boulimique avec purge

□ Boulimie nerveuse

□ Hyperphagie boulimique

□ ARFID (Trouble de restriction/évitement de l'ingestion d'aliments)

Motif de la demande

□ Aide à la mise en place de la prise en charge pluri-disciplinaire

□ Aide à l'adaptation thérapeutique

□ Aide pour l'intensification des soins

Informations concernant le/la patient(e)

Nom : Prénom : Date de naissance :

Coordonnées (des parents si patient.e mineur.e) : téléphone :

Adresse mail : Adresse postale :

Profession : Contexte familial :

Présence de personne(s) ressource(s) : □ oui, si oui qui ? □ non

Je confirme avoir informé le/la patient(e) de la démarche : □ oui □ non

Suivis en cours : merci de préciser le nom des professionnels

□ Médecin traitant : □ Endocrinologue-nutritionniste :

□ Psychiatre : □ Psychologue :

□ Diététicien(ne) : □ Autre :

Autres antécédents de santé notables, dont hospitalisation dans le cadre du TCA :

Traitements en cours, dont compléments nutritionnels oraux éventuels :

Ancienneté du TCA :

Etat nutritionnel

Poids habituel/de forme : kg Ce poids date de quelle année/mois ou quel âge ?
Taille : m

Poids actuel : kg, soit IMC : kg/m²

Description la plus précise possible de l'évolution du poids sur les derniers mois (perte/prise de X kg en X jours/semaines/mois) :

Eléments cliniques associés à rechercher

□ aménorrhée secondaire > 6 mois
Ostéodensitométrie déjà réalisée □ oui □ non
□ malaise ou chutes ou perte de connaissance
□ TA < 90/60 mmHg
□ FC < 40/min
□ œdèmes des membres inférieurs
□ si boulimie : fréquence des vomissements >8 / semaine (soit degrés sévère)
□ si boulimie ou Hypephagie boulimique : fréquence des crises d'hyperphagie > 8 / semaine (soit degrés sévère)
□ aphagie ou quasi aphagie
□ refus de soins □ déni des troubles
□ présence d'idées suicidaires
□ natrémie<125 mmol/l
□ kaliémie<3 mmol/l
□ altération de la fonction rénale
□ cytolyse hépatique : □ <2N □2-5N □>5N
□ autre :