

FORMULAIRE D'ORIENTATION VERS UNE EVALUATION TCA

Prévenir le patient de la démarche et les parents si patient mineur

Date :

INFOS PATIENT :

Nom d'usage :
Nom de naissance :
Prénom :
Date de naissance :
Adresse :
N° de téléphone :
Mail :
Si patient mineur, identité et coordonnées du représentant légal :

Si mesure de protection, *précisez :*

INFOS PROFESSIONNEL ADRESSEUR :

Nom :
Profession :
Adresse :

N° de téléphone :
Mail :

Si différent du professionnel adresseur,
Médecin traitant :

AIDE AU DIAGNOSTIC DU TCA :

Taille :

Poids actuel :

IMC :

Variation de poids :

En quel délai :

Périmètre abdominal :

Période de début du TCA :

Réduction des apports alimentaires

Peur de grossir

Dysmorphophobie

Compulsions alimentaires

Tachyphagie

Vomissements

Prise de laxatifs

Hyperactivité physique

Autre :

- Date du dernier bilan sanguin (*résultats à joindre svp*) :
- Suivi antérieur pour le TCA :
- Suivi actuel pour le TCA :

SCOFF-F :

Si possible, merci de soumettre le **questionnaire SCOFF-F** ci-dessous au patient :

- Vous faites-vous vomir lorsque vous avez une sensation de trop plein ? Oui Non
- Êtes-vous inquiet(e) d'avoir perdu le contrôle des quantités que vous mangez ? Oui Non
- Avez-vous récemment perdu plus de 6 kg en moins de 3 mois ? Oui Non
- Vous trouvez-vous gros alors même que les autres disent que vous êtes trop mince ? Oui Non
- Diriez-vous que la nourriture domine votre vie ? Oui Non

ELEMENTS PSYCHIATRIQUES ET SOMATIQUES :

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Risque suicidaire :
<input type="checkbox"/> Léger <input type="checkbox"/> Modéré <input type="checkbox"/> Sévère | <input type="checkbox"/> Trouble du Spectre de l'Autisme (TSA) |
| <input type="checkbox"/> Tentative de suicide antérieure | <input type="checkbox"/> Trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH) |
| <input type="checkbox"/> Automutilation | <input type="checkbox"/> Troubles de l'oralité dans l'enfance |
| <input type="checkbox"/> TOCs, <i>précisez :</i> | <input type="checkbox"/> Troubles du sommeil |
| <input type="checkbox"/> Dépression | <input type="checkbox"/> Troubles gastro-intestinaux, <i>précisez :</i> |
| <input type="checkbox"/> Trouble anxieux | <input type="checkbox"/> Diabète, <i>précisez le type :</i> |
| <input type="checkbox"/> Stress post-traumatique | <input type="checkbox"/> Autre élément somatique, <i>précisez :</i> |
| <input type="checkbox"/> Trouble psychotique, <i>précisez :</i> | <input type="checkbox"/> Autre élément psychiatrique, <i>précisez :</i> |
| <input type="checkbox"/> Addiction substances, <i>précisez :</i> | |

- Traitement médicamenteux actuel :
- Suivi antérieur (psychiatrique, somatique, addictologique...) :
- Suivi actuel (psychiatrique, somatique, addictologique...) :

OBJET DE CETTE DEMANDE :

- Demande d'avis spécialisé Demande de double suivi Demande de suivi post-hospitalisation
- Autre, *précisez :*

Signature et tampon du professionnel :