



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 :

Ville :

Code postal :

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 :