

Fiche jeune et parents
pour une hospitalisation de jour
pour Troubles des Conduites Alimentaires

Pour demander une admission, nous vous remercions de télécharger et de remplir les deux fiches disponibles à l'adresse suivante :

<http://www.fsef.net/index.php/etablissements/clinique-edouard-rist/offre-de-soins-edouard-rist> :

- ☐ Une « fiche jeune et parents », à remplir par le jeune aidé de ses parents si besoin
- ☐ Une « fiche médecin », à remplir par votre médecin.

Il est nécessaire de joindre également les documents suivants :

- ☐ Une lettre du jeune expliquant ses attentes quant à la prise en charge à l'Unité de Jour.
- ☐ Un courrier du médecin référent coordonnant les soins (inclus dans la « fiche médecin » ou en complément de celle-ci).
- ☐ L'attestation de sécurité sociale en cours de validité, faisant apparaître la notification du 100% le cas échéant.
- ☐ La photocopie des courbes de poids, de taille et d'Indice de Masse Corporel (IMC) du carnet de santé
- ☐ Le cas échéant, les comptes-rendus d'hospitalisation.

Ce dossier COMPLET doit être adressé à hdj.tca.rist@fsef.net

Tout dossier incomplet ne pourra être traité.

Ou à défaut, si impossibilité d'accès informatique, par courrier à l'adresse suivante :

Unité de Jour Michel-Ange
Clinique FSEF Paris 16^e Édouard Rist
14 rue Boileau
75016 Paris

Pour toute demande d'information supplémentaire,

vous pouvez contacter le secrétariat au **01 40 50 59 31** ou à l'adresse suivante : hdj.tca.rist@fsef.net



Clinique FSEF Paris 16^e Édouard Rist

Unité de jour Michel-Ange



Renseignements administratifs

Dossier envoyé le : / /

Reçu le (réservé à l'Unité de Jour) : / /

Nom :

Prénom(s) :

Date de naissance : / /

☐ Majeur

☐ Mineur

Age :

Lieu de naissance :

Sexe : ☐ M ☐ F

Numéro de téléphone (personnel) :

Adresse mail (en lettres majuscules) :

Adresse : n° : rue :

Code postal : Ville :

Temps de transport estimé entre domicile et unité de jour : h min

Vous vivez chez :

- ☐ mère ☐ père ☐ vos 2 parents
☐ en alternance chez vos 2 parents ☐ autre, précisez :

Responsable légal :

- ☐ mère ☐ père ☐ les 2 parents ☐ autre :

Qui contacter en premier lors de cette prise en charge à l'UdJ ?

- ☐ mère ☐ père ☐ autre :

Situation des parents :

- ☐ en couple ☐ divorcés/séparés ☐ un seul parent ☐ autre :

| | |
|--|--|
| <p><u>Parent 1 / tuteur-tutrice :</u></p> <p>Nom :</p> <p>Prénom :</p> <p>Téléphone portable :</p> <p>Téléphone domicile :</p> <p>Téléphone professionnel :</p> <p>Mail (en lettres majuscules) :</p> <p>Adresse : n° :</p> <p>Rue :</p> <p>Code postal :</p> <p>Ville :</p> <p>Profession :</p> <p><input type="checkbox"/> Agriculteur / Agricultrice exploitant(e)</p> <p><input type="checkbox"/> Artisan, commerçant(e) et chef d'entreprise</p> <p><input type="checkbox"/> Cadre et profession intellectuelle supérieure</p> <p><input type="checkbox"/> Profession intermédiaire</p> <p><input type="checkbox"/> Employé(e)</p> <p><input type="checkbox"/> Ouvrier / ouvrière</p> <p><u>Précisez l'activité :</u></p> <p><input type="checkbox"/> N'a jamais travaillé</p> | <p><u>Parent 2 / tuteur-tutrice :</u></p> <p>Nom :</p> <p>Prénom :</p> <p>Téléphone portable :</p> <p>Téléphone domicile :</p> <p>Téléphone professionnel :</p> <p>Mail (en lettres majuscules) :</p> <p>Adresse : n° :</p> <p>Rue :</p> <p>Code postal :</p> <p>Ville :</p> <p>Profession :</p> <p><input type="checkbox"/> Agriculteur / Agricultrice exploitant(e)</p> <p><input type="checkbox"/> Artisan, commerçant(e) et chef d'entreprise</p> <p><input type="checkbox"/> Cadre et profession intellectuelle supérieure</p> <p><input type="checkbox"/> Profession intermédiaire</p> <p><input type="checkbox"/> Employé(e)</p> <p><input type="checkbox"/> Ouvrier / ouvrière</p> <p><u>Précisez l'activité :</u></p> <p><input type="checkbox"/> N'a jamais travaillé</p> |
|--|--|

Coordonnées des correspondants médicaux qui vous suivent :

| | |
|--|--|
| Médecin référent du suivi : Dr..... <input type="checkbox"/> Médecin généraliste <input type="checkbox"/> Pédiatre <input type="checkbox"/> Nutritionniste <input type="checkbox"/> Endocrinologue <input type="checkbox"/> Gastroentérologue <input type="checkbox"/> Psychiatre <input type="checkbox"/> Autre : Tel : Mail : Adresse : n° : Rue : Code postal : Ville : | Médecin traitant : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <u>si différent du médecin référent :</u> Dr..... <input type="checkbox"/> Médecin généraliste <input type="checkbox"/> Pédiatre <input type="checkbox"/> Nutritionniste <input type="checkbox"/> Endocrinologue <input type="checkbox"/> Gastroentérologue <input type="checkbox"/> Autre : Tel : Mail : Adresse : n° : Rue : Code postal : Ville : |
|--|--|

| | |
|---|--|
| Psychiatre : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <u>Si différent du médecin référent :</u> Dr..... Tel : Mail : | Nutritionniste : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non M/Mme/Dr..... Tel : Mail : |
|---|--|

| | |
|---|---|
| Thérapeute individuel : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Profession : M/Mme/Dr..... Tel : Mail : | Thérapeute familial : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Profession : M/Mme/Dr..... Tel : Mail : |
|---|---|

| | |
|--|---|
| Diététicien : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non M/Mme..... Tel : Mail : | Autre correspondant : M/Mme/Dr..... Tel : Mail : |
|--|---|

Renseignements médicaux

Afin de connaître les raisons de votre demande auprès de l'Unité de Jour, nous vous proposons de nous fournir des informations. Ces renseignements sont couverts par le secret médical et resteront confidentiels.

En complément de cette fiche, vous joindrez une photocopie des courbes de poids, de taille et d'Indice de Masse Corporel (IMC) du carnet de santé et demanderez à votre médecin référent de compléter la « Fiche médecin référent » ainsi que les comptes-rendus d'éventuelles hospitalisations.

1. Pour quelle raison et dans quel objectif demandez-vous une prise en charge à l'Unité de Jour ?

2. Qui vous a adressé à l'Unité de Jour ?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> le psychiatre qui vous suit | <input type="checkbox"/> un autre médecin, précisez : |
| <input type="checkbox"/> le médecin généraliste qui vous suit | <input type="checkbox"/> le diététicien |
| <input type="checkbox"/> le pédiatre | <input type="checkbox"/> l'assistante sociale |
| <input type="checkbox"/> le nutritionniste | <input type="checkbox"/> autre, précisez : |

3. Quelle a été la date de votre 1^{ère} consultation avec un psychiatre ou un psychologue (quel qu'en soit le motif) ?

Mois, année : / / / / / / / /

4. Quelle a été la date de votre 1^{ère} consultation pour les troubles des conduites alimentaires ?

Mois, année : / / / / / / / /

Pour quel type de troubles ?

- ☐ Anorexie mentale
- ☐ Boulimie
- ☐ Hyperphagie boulimique
- ☐ Autre, précisez :

5. Consommez-vous :

- Du tabac ? ☐ Oui, combien ?.....
- ☐ Non

- De l'alcool ? ☐ Oui, combien ?.....

☐ Non

- Du cannabis ? ☐ Oui, combien ?.....

☐ Non

- Des médicaments non prescrits par un médecin ? ☐ Oui, lesquels ? Combien ?.....

☐ Non

- D'autres toxiques ? ☐ Oui, lesquels ? Combien ?.....

☐ Non

6. Avez-vous déjà été hospitalisé(e) pour anorexie mentale ?

☐ Oui

☐ Non

Si oui, où et quand ? Pendant combien de temps ? (joindre les comptes-rendus d'hospitalisation)

7. Avez-vous déjà été hospitalisé(e) pour boulimie ?

☐ Oui

☐ Non

Si oui, où et quand ? Pendant combien de temps ? (joindre les comptes-rendus d'hospitalisation)

8. Avez-vous déjà été hospitalisé(e) pour un autre trouble des conduites alimentaires ?

☐ Oui

☐ Non

Si oui, où et quand ? Pendant combien de temps ? (joindre les comptes-rendus d'hospitalisation)

9. Avez-vous été hospitalisé(e) en psychiatrie pour un autre motif que les troubles des conduites alimentaires (merci de joindre les comptes-rendus) ?

☐ Oui

☐ Non

Si oui, combien de fois ? Pour quelle raison ?

10. Avez-vous été suivi(e) en Hôpital de Jour ?

☐ Oui ☐ Non

Si oui, pour quel motif ? Où ? Quand ? Combien de temps ?

11. Avez-vous déjà pris un traitement psychotrope (antidépresseur, neuroleptique, anxiolytique, thymorégulateur) ?

☐ Oui ☐ Non

Si oui, le ou lesquels et quand ?

12. Prenez-vous actuellement des traitements ?

☐ Oui ☐ Non

Si oui, le ou lesquels ?

13. Quel est votre poids actuel ? |__|__|,|__| kg

Votre taille ? |__|__|__| cm

Quel est le poids idéal que vous souhaiteriez avoir ? |__|__|,|__| kg

14. Quel a été votre poids minimal depuis le début de vos troubles des conduites alimentaires ?

|_|_|,|_| kg

Quelle était votre taille à cette époque ? |_|_|_| cm

Quel était votre âge ? |_|_| ans

15. Quel a été votre poids maximal au cours de votre vie ? |_|_|,|_| kg

Quelle était votre taille à cette époque ? |_|_|_| cm

Quel était votre âge ? |_|_| ans

16. Avez-vous des crises de boulimie ?

☐ Oui ☐ Non

Si oui, à quelle fréquence ?

- ☐ Moins de une fois par semaine.
- ☐ Plusieurs fois par semaine.
- ☐ Une fois par jour.
- ☐ Plusieurs fois par jour.

17. Avez-vous d'autres difficultés de santé ?

☐ Oui ☐ Non

Si oui, précisez :

18. Avez-vous déjà réalisé des bilans psychologiques ou des bilans psychomoteurs ? (joindre les comptes-rendus si vous les avez)

☐ Oui ☐ Non

Votre lettre de motivation peut-être notée ici ou jointe dans un autre document :

Remarques éventuelles complémentaires des parents :

Informations sur la recherche médicale :

Les données anonymisées de ce formulaire peuvent donner lieu à une utilisation dans un but de recherche d'épidémiologie clinique. Pour plus d'informations, vous pouvez consulter notre site internet : <http://www.fsef.net/index.php/etablissements/activite-hospitalo-universitaire/sujets-de-recherche>
Selon le Règlement Général sur la Protection des Données européen (RGPD), vous pouvez vous opposer à cette utilisation de vos données, auquel cas nous vous demandons de le signaler ci-dessous :

- ☐ J'accepte l'utilisation de ces données pour la recherche.
- ☐ Je m'oppose à l'utilisation de ces données pour la recherche.

Renseignements scolaires

Afin de comprendre votre parcours scolaire et votre situation actuelle, nous vous remercions de nous fournir les informations suivantes et les photocopies de vos bulletins scolaires des deux dernières années (si votre scolarité a été interrompue, merci de nous envoyer les bulletins concernant les dernières années que vous avez suivies).

1. Scolarité antérieure

| Année scolaire | Classe suivie | Etablissement | Résultats : (difficultés ?) | Interruption de scolarité ? (durée de l'interruption) |
|------------------|---------------|---------------|--------------------------------|---|
| 20... - 20... | | | | |
| 20... - 20... | | | | |
| 20... - 20... | | | | |

2. Etes-vous inscrit(e) dans un établissement scolaire ?

☐ Oui ☐ Non

Si oui, lequel ? Si non, quel est le nom du dernier établissement que vous avez fréquenté ?

Nom de l'établissement :

Tel :

Ville :

3. Vous y suivez (ou suiviez) des études de ?

4. Avez-vous vu interrompu cette scolarité ?

☐ Oui ☐ Non

Si oui, de..... à

Et de..... à

5. Quel est votre projet d'étude ?