

Fiche médecin référent

pour une hospitalisation de jour

pour Troubles des Conduites Alimentaires

Remplie le : / /

Par le Dr.....

Numéro de téléphone :

Adresse email (en lettres majuscules) :

Adresse : n° : rue :

Code postal : Ville :

Nom du jeune :

Prénom :

Date de naissance : / /

Contact : mère père jeune

Tel :

Mail :

1. Diagnostic principal :

Diagnostics associés :

2. Motif de la demande d'hôpital de jour :

- Hospitalisation 5 jours/7 pour :
 - Intensification du suivi ambulatoire.
 - Relais d'une hospitalisation temps plein.
 - En attente d'un projet d'hospitalisation soins-études.
 - Bilan pluridisciplinaire
 - Autre, précisez :

3. Le jeune est actuellement sous mesure de protection ? Oui Non Sans information

Si oui, laquelle ?

4. Date de début de la prise en charge pour trouble des conduites alimentaires: / /

5. Date de début des troubles des conduites alimentaires: / /

6. Taille actuelle : |__|__|__| cm

7. Poids : - Actuel : |__|__|,|__| kg

- Il y a un mois : |__|__|,|__| kg
- Il y a 3 mois : |__|__|,|__| kg
- Il y a 6 mois : |__|__|,|__| kg
- Il y a 12 mois : |__|__|,|__| kg

Poids minimal : |__|__|,|__| kg Date : / /

Poids maximal : |__|__|,|__| kg Date : / /

8. IMC actuel : |__|__|,|__|

9. Aménorrhée ? Oui Non

Si oui, depuis quand ?

10. Contraception orale ? Oui Non

Si oui, laquelle ?

11. Retard de croissance ? Oui Non

12. Stade pubertaire ?

13. Mise en danger par hypokaliémie ? Oui NonSi oui, actuelles ? Oui Non14. Mise en danger par hyponatrémie ? Oui NonSi oui, actuelles ? Oui Non15. Autre complication du Trouble des Conduites Alimentaires ? Oui Non

Si oui, précisez :

16. Antécédent de tentative de suicide ? Oui Non

Nombre de tentative de suicide :

Date :

Type de tentative de suicide :

17. Antécédent d'automutilations ? Oui Non

Type :

Actuelles ? Oui Non

18. Crises de boulimie ? Oui Non

Si oui : Actuelles Passées

Si actuelles, à quelle fréquence ?

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

19. Activité physique problématique ? Oui Non

Si oui, précisez :

20. Potomanie ? Oui Non

|__| |__|, |__| litre(s)/jour

21. Antécédents de prise de laxatifs ? Oui Non

Prise de laxatifs actuelle ? Oui Non

Lesquels ?

22. Antécédents de lavements ? Oui Non

Lavements actuels ? Oui Non

Lesquels ?

23. Antécédents de prise de diurétiques ? Oui Non

Prise de diurétiques actuelle ? Oui Non

Lesquels ?

24. Usage de substances (précisez) ? Oui Non

Tabac :

Alcool :

Cannabis :

Abus de médicaments :

Autres :

25. Antécédents de traitements psychotropes ? Oui Non

Antidépresseurs.

Neuroleptiques.

Thymorégulateurs.

Anxiolytiques.

Hypnotiques.

Autres, précise

26. Traitements actuels ? Oui Non

Si oui, lesquels ?



Clinique FSEF Paris 16^e Édouard Rist

Unité de jour Michel-Ange

Vous pouvez copier votre courrier dans ce document ou le joindre dans un document séparé :

Fiche Médecin