

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

☐ Non

Si oui, actuelles ?

☐ Oui

☐ Non

14. Mise en danger par hyponatrémie ?

☐ Oui

☐ Non

Si oui, actuelles ?

☐ Oui

☐ Non

15. 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, précisez :

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