



## Formulaire de Consultation Programme des Troubles Alimentaires

Professional Qui Réfère Patient (e)	
<input type="checkbox"/> Médecin de Famille    Nom: <input type="checkbox"/> Pédiatre <input type="checkbox"/> Psychiatre            Adresse: <input type="checkbox"/> Psychologue <input type="checkbox"/> Autre (spécifier):    Numéro de téléphone du bureau : _____ (    )	Etes vous le médecin en charge? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <i>Si non, veuillez indiquer le nom du médecin en charge avec son information de contact:</i>
Information Démographique du Patient(e)	
Nom: _____	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
DDN: _____ / _____ / _____ jour        mois        année	Langue Maternelle: <input type="checkbox"/> Français <input type="checkbox"/> Anglais <input type="checkbox"/> Autre (spécifier)
RAMQ: _____	Date d'expiration: _____
Adresse Courante: _____	Numéro de téléphone maison: (    ) Autre (spécifier: _____): (    )  Peut on laisser un message à ce numéro? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Information Médicale du Patient(e):	
Poids actuel: _____ kg    Taille Actuelle: _____ cm    Date: _____	
Poids minimum (kg): _____ kg    âge ou année: _____	Poids maximal: _____ kg    âge ou année: _____
<b>***SVP nous faire parvenir une copie de la courbe de croissance du patient***</b> <input type="checkbox"/> annexée	DDM : _____
<b>Signes Vitaux</b> Date: _____	Couché (min 3 minutes): FC _____ bpm    TA _____ mm Hg  Debout (3 minutes): FC _____ bpm    TA _____ mm Hg
Comportements liés aux troubles alimentaires: <input type="checkbox"/> Restriction <input type="checkbox"/> Episode de suralimentation <input type="checkbox"/> Vomissements <input type="checkbox"/> Laxatifs/diurétiques <input type="checkbox"/> Exercice excessif <i>Description brève de la durée et de la fréquence des comportements :</i>	
<b>Histoire médicale pertinente:</b>	<b>Histoire psychiatrique pertinente:</b>
<b>Médication courante:</b>	
<b><i>Veuillez annexer tout rapports ou investigations appropriés:</i></b> <input type="checkbox"/> Tests sanguins <input type="checkbox"/> ECG <input type="checkbox"/> Rapports psychiatrique <input type="checkbox"/> Autres rapport appropriés (spécifier: _____)	
<i>Veuillez envoyer ce formulaire par courrier ou par fax à:</i> Médecine des Adolescents, MCH Gilman Pavillion 1040 Atwater Avenue, Westmount, QC H3Z 1X3 <b>Fax: (514) 412-4319</b>	<b>POUR TOUTE REFERENCE URGENTE</b> <b>Veuillez contacter le spécialiste pour la</b> <b>médecine des adolescents de garde à la clinique</b> <b>(514) 412-4481 ou à travers l'opérateur de</b> <b>l'HME (514) 412-4400 ex. 53333</b>

