



ENDAT-TCA
Établissement d'aide aux TCA

Formulaire d'orientation – médecin

Éducation Thérapeutique du Patient
pour les **Troubles des Conduites Alimentaires**
Anorexie/ AN Boulimie – Boulimie - Hyperphagie boulimique - TCA non spécifié
à adresser à : contact@endat.org

Écrire très lisiblement : sans nom et coordonnées **LISIBLES** nous ne pourrons contacter votre patient

Médecin adresseur :

Je soussigné(e) :
exerçant à

En qualité de
Tel : Courriel :

Médecin référent du patient (indispensable si différent du médecin qui adresse) :

Nom : exerçant à :
Tel : Courriel :

Souhaite un accompagnement de :

Mme/M. (NOM Prénom)..... né(e) le
Tel : Courriel :

➤ Pour un trouble des conduites alimentaires de type (rayer ou effacer les mentions inutiles) :

Anorexie/ AN Boulimie Boulimie Hyperphagie boulimique TCA non spécifié (*préciser*) :

➤ Diabète : OUI // NON

si OUI, type et traitement :

➤ Préciser les éventuelles conduites de purge

Vomissements / laxatif / diurétique / autre :
et la fréquence :

➤ Pour l'anorexie fournir : un recueil des données cliniques et biologiques, ou compte-rendu d'hospitalisation de moins de 3 mois, avec bilan sanguin datant de moins d'1 mois avec mention de :

NFS, plaquettes, natrémie, Kaliémie (obligatoire), phosphorémie, DFG estimé, réserve alcaline, transaminase (ASAT, ALAT, gamma GT), glycémie, TP

- Préciser IMC actuel :
- Et perte de poids dans le 3 derniers mois / fluctuation de poids :

➤ Trouble psychiatrique / trouble de l'humeur : OUI / NON - Stabilisé : OUI / NON

Le cas échéant, précisez (Type et traitement, troubles associés, addictions, potomanie, tentative de suicide, hospitalisation). Le diagnostic de psychose peut conditionner l'inclusion du patient :

➤ Maladie cardio-vasculaire/métabolique : OUI / NON

SI OUI, précisez (Type et traitement) :

Établissement d'aide aux Troubles des Conduites Alimentaires

Adresse : 6 rue Jongkind, 75015 PARIS – Tél. : 06 82 11 61 88
Courriel : contact@endat.org - Site Web : www.endat.org

TSVP >>>

NB : En cas de **pathologie cardio-métabolique, d'obésité sévère, ou d'anorexie boulimie**
joindre à ce formulaire un **bilan sanguin** standard récent

➤ **Le patient a-t-il déjà bénéficié d'une chirurgie bariatrique ? OUI // NON**

Si OUI, quelle intervention :

Où :

A quelle date :

perte de poids :

• **A-t-il un projet de chirurgie bariatrique ? OUI // NON**

Si OUI, lequel :

Où :

A quelle échéance :

• **Traitements pris par le patient** (autres que déjà mentionnés, y compris vitamines, compléments alimentaires, médicaments dont laxatif, diurétiques) :

.....
.....
.....

Informations complémentaires pertinentes pour la prise en charge du patient :

.....
.....
.....

• **Coordonnées du psychiatre (obligatoire pour une prise en charge de l'anorexie à ENDAT)**

Nom : exerçant à :

Tel : Courriel :

• **Coordonnées du psychologue**

Nom : exerçant à :

Tel : Courriel :

• **Coordonnées de l'endocrinologue / nutritionniste :**

Nom : exerçant à :

Tel : Courriel :

• **Coordonnées du diététicien :**

Nom : exerçant à :

Tel : Courriel :

Date :

Signature et cachet du Médecin qui certifie avoir informé et obtenu l'accord de son patient pour que le médecin d'Endat puisse prendre contact avec lui ou le psychiatre référent pour un complément d'information nécessaire à l'inclusion et au suivi du patient dans le programme ETP.