

Centre de référence suprarégional pour les troubles de l'alimentation 0-23ans

Consultation de préadmission en vue d'une prise en charge ou d'une réorientation

Patient :

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Tél.:

E-mail :

Parent 1 ou conjoint/époux(-se) du patient:

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Tél.:

E-mail :

Parent 2 :

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Tél.:

E-mail :

Pour vous orienter au mieux, merci de compléter le questionnaire ci-après :

Le patient vit :

- ☐ Au domicile familial
- ☐ Avec des parents séparés selon ce système de garde :
- ☐ Seul ou en concubinage

Adressé par :

- ☐ Psychologue
- ☐ Médecin traitant
- ☐ Equipe EMAS
- ☐ Autre :

Contact de la personne de référence :

Poids : kg **Taille :** cm **IMC (kg/m²) :**

1) Perte de poids :

- ☐ non
- ☐ oui, quantité/durée :

2) Episodes de perte de contrôle de l'alimentation (accès hyperphagiques) :

- ☐ non
- ☐ oui

Fréquence : ☐ de temps en temps ☐ toutes les semaines ☐ tous les jours

3) Y a-t-il des vomissements ?

- ☐ non
- ☐ oui

Fréquence : ☐ de temps en temps ☐ toutes les semaines ☐ tous les jours

4) Le patient a-t-il été hospitalisé auparavant dans le cadre de son Trouble Alimentaire ?

- ☐ non
- ☐ oui

Lieu :

5) Commentaires supplémentaires éventuels :

Merci de bien vouloir renvoyer ce questionnaire à : emas.supra@domaine-ulb.be

Pour des questions éventuelles : 02/386 09 37

Le Dr Berenbaum, médecin pédopsychiatre responsable de l'unité prendra connaissance de ces données et nous reprendrons contact avec vous afin de vous proposer les rendez-vous d'évaluation nécessaires avec le Dr Berenbaum et notre équipe pluridisciplinaire.

N'oubliez pas de demander au préalable au médecin traitant une prescription en vue de cette prise de contact.