



ÉVALUATION POUR LA CLINIQUE DES TROUBLES DE L'ALIMENTATION

Date de la référence : _____

Nom du patient: _____
Prénom Second prénom Nom de famille

Adresse: _____
Rue Appartement #

_____ Ville Province Code postal

Numéro de téléphone: Domicile:() Travail: () _____

Sexe: femme ☐ homme ☐ Salutation : M. ☐ Mme ☐ Mlle ☐ Autre ☐

D.D.N.: _____ No. carte santé: _____ version: _____

Autre personne à contacter: _____
Nom Lien avec le patient No. de téléphone

PROBLEME(S) PRÉSENTÉ(S) 1. _____
2. _____
3. _____

Poids actuel: _____ livres (ou) _____ kilogrammes

Taille: _____ pieds/pouces (ou) _____ centimètres

MÉTHODES DE CONTROLE DU POIDS

	non	oui	FREQUENCES	
			Par jour	Par semaine
Restriction alimentaires				
Episodes de boulimie				
Vomissements				
Laxatifs				
Diurétiques				
Sirop d'ipéca				
Pilules amaigrissantes				

RÉSULTATS DE TESTS DE LABORATOIRE RÉCENTS:

Potassium: _____ Hémoglobine: _____

E.C.G: _____

MÉDICAMENTS:

Prescrit(s): _____

Non-prescrit(s): _____

MÉDECIN TRAITANT: _____
Nom en entier (dactylographié (ou) en lettres moulées, s.v.p.)

Adresse: _____
rue pièce #
ville province code postal

No. de téléphone au bureau: _____

No. du médecin # _____
Pour facturation (OHIP)

Autre(s) thérapeute (s): _____

Adresse: _____
rue pièce #
ville province code postal

No. de téléphone au bureau: _____

VEUILLEZ RETOURNER CE FORMULAIRE AU:

bureau de Dr. H. Bissada, Directeur
Le Centre régional de traitement des troubles de l'alimentation
L'Hôpital d'Ottawa, campus Général
Pièce 4428, C.P. 400
501 chemin Smyth
Ottawa, ON
K1H 8L6

Téléphone: 613-737-8042
Télécopieur: 613-737-8085