

- 2.3 L'enfant a-t-elle eu ses premières menstruations ? Oui ___ Non ___ s.o. ___
 Dans l'affirmative, a-t-on constaté une aménorrhée secondaire? Oui ___ Non ___ s.o. ___
- 2.4 Poids actuel : _____ kg _____ centile
- 2.5 Taille actuelle : _____ cm _____ centile
- 2.6 Fluctuations de poids depuis six mois : aucun changement ___
 diminution ___ précisez : _____ kg
 augmentation ___ précisez : _____ kg
- 2.7 Changement de taille depuis six mois : aucun changement ___
 augmentation ___ précisez : _____ cm
- 2.8 Poids maximal jamais enregistré : _____ kg _____ centile
- 2.9 Date à laquelle ce poids a été enregistré : ____ / ____
 MM AAAA
- 2.10 Statut pubertaire : Stade de *Tanner*
 a. Développement des seins : Stade 1 ___ Stade 2 ___ Stade 3 ___ Stade 4 ___ Stade 5 ___ s.o. ___
 b. Poils pubiens : Stade 1 ___ Stade 2 ___ Stade 3 ___ Stade 4 ___ Stade 5 ___ s.o. ___
- 2.11 Quelle a été la durée des symptômes avant le diagnostic? _____ semaines ou _____ mois Inconnu ___

SECTION 3 – ANTÉCÉDENTS SOCIAUX

- 3.1 Y a-t-il eu un changement dans les relations sociales : p. ex., camarades, famille? Oui ___ Non ___
- 3.2 L'enfant fume-t-il la cigarette? Oui ___ Non ___
 Dans l'affirmative, combien par jour? ≤ ___ 5-10 ___ > 10 ___

SECTION 4 – OBSERVATIONS À L'EXAMEN

- 4.1 Précisez si l'un des éléments suivants a été décelé :
- Température < 35,5 °C Oui ___ Non ___
- Hypotension (tension artérielle systolique < 80) Oui ___ Non ___
- Bradycardie (< 50 battements à la minute) Oui ___ Non ___ Dans l'affirmative, taux le plus bas enregistré : _____

SECTION 5 – RÉSULTATS DE L'EXPLORATION

- 5.1 Veuillez fournir les résultats à l'égard de ce qui suit :
- Numération globulaire : Hb _____ Numération leucocytaire _____ Diff. _____
- Plaquettes _____ Vitesse de sédimentation _____
- Anticorps anti-gliadine : négatifs ___ positifs ___ Non vérifiés ___

SECTION 6 – MALADIE PSYCHIATRIQUE

- 6.1 L'enfant est-il atteint d'une maladie psychiatrique concomitante?
- Dépression : Oui ___ Non ___
- Trouble obsessionnel-compulsif : Oui ___ Non ___
- Anxiété : Oui ___ Non ___
- Autre maladie psychiatrique (précisez) : _____
- 6.2 Y a-t-il des antécédents familiaux de maladie psychiatrique (y compris l'anorexie)? Oui ___ Non ___
 Dans l'affirmative, précisez le diagnostic et le lien avec l'enfant : _____

SECTION 7 – PRISE EN CHARGE

7.1 L'enfant a-t-il été hospitalisé? Oui ___ Non ___

Dans l'affirmative, indiquez le type de service dans lequel l'enfant a été hospitalisé :

- a. service de pédiatrie générale Oui ___ Non ___
 b. service psychiatrique pour les enfants et les adolescents Oui ___ Non ___
 c. service de psychiatrie générale Oui ___ Non ___
 d. unité spécialisée dans les troubles de l'alimentation Oui ___ Non ___

7.2 Si l'enfant a reçu son congé, quelle a été la durée totale de son hospitalisation? _____ jours

7.3 Si l'enfant est encore hospitalisé, depuis quelle date l'est-il? ____/____/____
 J MM AAAA

7.4 L'enfant a-t-il reçu une alimentation par sonde nasogastrique? Oui ___ Non ___

7.5 Des psychotropes ont-ils été prescrits pour traiter une maladie psychiatrique concomitante? Oui ___ Non ___

Dans l'affirmative, précisez quels psychotropes : _____

7.6 Au moment de votre dernier contact avec la famille, l'enfant était-il encore en vie? Oui ___ Non ___

SECTION 8 – PROFESSIONNELS PARTICIPANT AUX SOINS

8.1 Précisez quels professionnels de la santé ont été appelés à participer aux soins du patient :

Pédiatre Oui ___ Non ___

Psychiatre Oui ___ Non ___

Diététicien Oui ___ Non ___

Psychologue Oui ___ Non ___

Travailleur social Oui ___ Non ___

Autre (précisez) : _____

SECTION 9 – MÉDECIN DÉCLARANT

Prénom _____ Nom _____

Adresse _____

Ville _____ Province ou territoire _____ Code postal _____

Téléphone _____ Télécopieur _____

Courriel _____ Date de complétion _____

Merci d'avoir rempli ce formulaire.