



**Demande de prise en charge au Centre Référent des Troubles du Comportement Alimentaire
du Centre Hospitalier Universitaire Grenoble Alpes**

Cette demande doit être remplie par le professionnel de santé de votre choix (médecin généraliste ou autre spécialiste), puis nous être adressée par mail ou par voie postale à :

secretariatcentretca@chu-grenoble.fr ou CHUGA Centre TCA – Pavillon D. Villars CS 10217 38043
GRENOBLE CEDEX 09.

Coordonnées du professionnel qui adresse le patient : -----

Nom : Adresse :

Téléphone : Mail :

Coordonnées du patient : -----

NOM Prénom : Date de naissance : / / Age :

Adresse :

Téléphone : Mail :

Mesures : -----

Poids le plus bas : Poids le plus haut :

Poids actuel : Taille : IMC :

Merci de joindre la photocopie de la courbe de croissance (Obligatoire pour les moins de 18 ans).

Motif de la demande : -----

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

Demande établie le : / /

Signature / Cachet du Médecin :