

**LETTRÉ DE RENSEIGNEMENTS POUR UNE DEMANDE DE CONSULTATION à compléter par le médecin**

**Service gastro-entérologie-hépatologie Pédiatrie et maladies héréditaires du métabolisme**

**Centre de Référence maladies rares**

Nous sommes un service prenant en charge les enfants et adolescents atteints de maladies digestives ou de symptômes digestifs rares ou inhabituels qui sortent du domaine de compétence de la pédiatrie générale.

En raison d'un nombre très élevé de demandes de consultations, les médecins du service examinent chaque demande attentivement, en validant ou non l'indication d'une consultation en centre spécialisé du CHU. Malgré l'envoi d'une demande de la part des parents et d'un médecin, il est possible qu'aucun rendez-vous ne soit proposé dans notre service.

NOM ..... PRENOM ..... Date naissance .....

Motif de consultation :

.....  
.....

Informations indispensables à fournir :

1. **Courbe de croissance** (Poids et Taille)
2. **Antécédents notables** (personnel et familial) :
  - .....
  - .....
  - .....
  - .....
  - .....
3. **Présences de signes d'alertes**, cocher la(es) case(s) si présent chez votre patient :

- Perte de poids
- Symptômes nocturnes (selles ou douleurs ou réveils)
- Trouble du transit
- Rectorragies
- Dysphagie
- Autres : .....

Anomalies du bilan biologique (fournir les résultats)  
Si oui, préciser .....

Anomalies radiologiques (fournir les résultats)  
Si oui, préciser .....

**4. Description des symptômes**

- .....
- Date de début .....

**5. Traitements déjà proposés et avec quelle efficacité ?**

- .....
- Posologie :

***Pour informations : En dehors du CHU, il y a aussi des consultations de gastro-pédiatrie en libéral (Clinique Rive Gauche à Toulouse ou à Albi) ou encore au sein de certains hôpitaux périphériques (Tarbes, Foix, Rodez).***

Tampon Médecin

