

## Questionnaire dépistage TCA SCOFF-F

Poids :

Taille :

IMC :

Vous faites-vous vomir lorsque vous avez une sensation de trop plein ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Êtes-vous inquiet(e) d'avoir perdu le contrôle des quantités que vous mangez ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Avez-vous récemment perdu plus de 6 kg en moins de 3 mois ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Vous trouvez-vous gros(se) alors même que les autres disent que vous êtes trop mince ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Diriez-vous que la nourriture domine votre vie ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

Référence : Garcia et al. Clin Nutr. 2011 Apr;30(2):178-81