

UNITAT HOSPITALÀRIA DE TRASTORNS DE LA CONDUCTA ALIMENTÀRIA

| | | | | | |
|-----------|--|------------------|--|----------|--|
| Nombre | | Fecha nacimiento | | SIP | |
| Apellidos | | Edad | | Teléfono | |

Alternativamente pegue una etiqueta que incluya estos datos.

Evolución

| PESO | Máximo | Mínimo | Actual | ACTIVIDAD FÍSICA (Describir) |
|-------------|--------|--------|--------|-------------------------------------|
| Fecha | | | | |
| Peso | | | | |
| IMC | | | | |
| P50 * | | | | |

Criterios

| | | |
|---|--|-------------|
| IMC < 17.5 | | |
| IMC < (85% IMC P50) * | | |
| Amenorrea > 3 meses | | FUR |
| Distorsión imagen corporal | | Zonas |
| Miedo alimentos | | Especificar |
| Purgas > 2/semana | | Detallar |
| Atracones + Conductas compensatorias > 2/semana | | |

Tratamientos realizados

| Estrategia utilizada | Fecha inicio | Fecha fin | Sesiones | Resultados |
|----------------------|--------------|-----------|----------|------------|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

Diagnósticos (incluido el TCA motivo de consulta)

| Código CIE-10 | Entidad diagnóstica | Clasifique, por orden de importancia clínica, estos diagnósticos (1, 2, 3, etc) |
|---------------|---------------------|---|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |