

REGIONE DEL VENETO

Centro di Riferimento per i Disturbi del Comportamento Alimentare

CARTELLA CLINICA

Dati anagrafici e clinici

Regione *	(050)	ULSS	
N. Cartella *		Data	
Equipe resp cartella clinica *			

Cognome *	Sesso	m = 1, f = 2
Nome *	Peso	kg
Data di nascita *	Altezza	cm BMI
Comune di nascita *	Prov	Naz
Comune di residenza *	Prov	Cittad (cod Istat)
Codice Istat *		
Via	N. civico	
Comune di domicilio (se diverso da resid)	Prov	
Via	N. civico	
Regione di residenza *	ULSS residenza	
Codice Istat *		
Codice fiscale *		
Codice sanitario *		
Telefono fisso		
Cellulare		

Medico di Medicina Generale	
Cognome	
Nome	
Codice regionale o codice fiscale	
Telefono	

Stato civile <input type="checkbox"/>	Collocazione socioambientale * <input type="checkbox"/>	Titolo di studio <input type="checkbox"/>
0. NC	1. Solo	0. NC
1. Celibe/nubile	2. Famiglia di origine	1. Nessun titolo
2. Coniugato/a	3. Famiglia acquisita	2. Licenza elementare
3. Separato/a	4. Con altri familiari o altre persone	3. Licenza media inferiore
4. Divorziato/a	5. Struttura residenziale psichiatrica	4. Diploma
5. Vedovo/a	6. Casa di riposo, RSA, altra struttura non psich	5. Diploma universitario
6. Convivente	7. Senza fissa dimora	6. Laurea specialistica
7. Libero di stato	8. Sconosciuto	

Condizione professionale o non profess* <input type="checkbox"/>	Posizione nella professione * <input type="checkbox"/>
0. NC	1. Dirigente
1. Occupato	2. Quadro direttivo
2. Casalinga	3. Insegnante
3. In cerca di prima occupazione	4. Impiegato, tecnico
4. Disoccupato	5. Capo operaio, operaio, bracciante
5. Studente	6. Altro lavoratore dipendente
6. Invalido	7. Appendista
7. Pensionato	8. Lavoratore a domicilio per conto di imprese
8. Altra condizione	9. Militare di carriera
	10. Imprenditore
	11. Lavoratore in proprio
	12. Libero professionista
	13. Familiare coadiuvante

Quale scuola/università frequenta	
Quale classe/anno frequenta	

Diagnosi principale conclusiva *

Codice ICD10	<input type="text"/>	Codice DSM IV TR	<input type="text"/>
Anoressia Nervosa	(F50.0)	Anoressia Nervosa R	(307.11)
Bulimia Nervosa	(F50.2)	Anoressia BP	(307.12)
Disturbo aliment. NAS	(F50.9)	Bulimia Nervosa P	(307.51)
		Bulimia Nervosa NP	(307.51x)
		Disturbo Aliment NAS	(307.50)
		BED	(307.50x)

Diagnosi concomitante conclusiva *

Codice	<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> no
ICD 9 CM		DSM IV TR
<input type="text"/>	1	<input type="text"/>
<input type="text"/>	2	<input type="text"/>
<input type="text"/>	3	<input type="text"/>

Condizioni mediche concomitanti e complicanze si no

Se sì, specificare

1 _____

2 _____

3 _____

Codici diagnosi psichiatriche	ICD 10	DSM IV TR
<i>Disturbi Solitamente Diagnosticati nell'Infanzia e nell'Adolescenza</i>	(F70-F98)	
<i>Disturbi correlati a sostanze</i>	(F11-F19)	
Abuso di alcool	(F10.1)	(305.00)
Dipendenza da alcool	(F10.2x)	(303.90)
Intossicazione alcoolica	(F10.00)	(303.00)
Astinenza alcoolica	(F10.3)	(291.81)
Schizofrenia	(F20.xx)	(295.xx)
Disturbo depressivo maggiore (ep singolo)	(F32.x)	(296.2x)
Disturbo depressivo maggiore (ricorrente)	(F33.x)	(296.3x)
Disturbo bipolare	(F31.x)	(296.xx)
Disturbo di panico	(F41.0)	(300.01)
Fobia specifica	(F40.2)	(300.29)
Fobia sociale	(F40.1)	(300.23)
Dist Ossess Compulsivo	(F42.8)	(300.3)
Dist da Stress Post-traumatico	(F43.1)	(309.81)
Dist d'ansia generalizzato	(F41.1)	(300.02)
Dist di somatizzazione	(F45.0)	(300.81)
Dist di conversione	(F44.x)	(300.11)
Dist da dismorfismo corporeo	(F45.2)	(300.7)
Dist dissociativi	(F44.0)	(300.12)
Cleptomania	(F63.2)	(312.32)
Tricotillomania	(F63.3)	(312.39)
Disturbo paranoide di personalità	(F60.0)	(301.0)
Disturbo borderline di personalità	(F60.31)	(301.83)
Disturbo istrionico di personalità	(F60.4)	(301.50)
Disturbo evitante di personalità	(F60.6)	(301.82)
Disturbo dipendente di personalità	(F60.7)	(301.6)
Disturbo oss comp di personalità	(F60.5)	(301.4)

Età di esordio

(Età in cui sono stati presenti per la prima volta tutti i criteri diagnostici per Anoressia Nervosa o Bulimia Nervosa o disturbo alimentare Non Altrimenti Specificato)

Criteri Diagnostici Attuali

Paura di ingrassare	<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> no
Importanza peso e forma del corpo per l'autostima	<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> no
Distorsione immagine corporea	<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> no
Amenorrea	<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> no
Crisi bulimiche (abbuffate) ricorrenti	<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> no
Comportamenti di eliminazione ricorrenti	<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> no
Altri comportamenti di compenso ricorrenti (Digiuno, iperattività fisica)	<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> no

Disturbo alimentare progressivo

Anoressia Nervosa	<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> no
Bulimia Nervosa	<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> no

Prestazioni

Richiedente la prestaz *	(inviante)	<input type="text"/>	Regime erogazione *	<input type="text"/>
1 Utente medesimo	5 PS		1.1 Ambulatorio psichiatrico	
2 MMG	6.1 Genitori		1.2 Ambulatorio internistico	
3.1 Pediatra	6.2 Altri parenti		1.3 Ambulatorio DCA	
3.2 Internista	6.3 Insegnanti		2 Semiresidenziale	
3.3 Endocrinologo	6.4 Amici		3. Residenziale	
3.4 Ginecologo	7 Autoinvio équipe curante		4. Domicilio del paziente	
3.5 Nutrizionista	8 Strutture riabil pubbliche		5. Ambiente socio-relazionale paz	
3.6 Altro specialista	9 Strutture riabil private		6 Altre strutture socio-sanitarie	
4.1 SPDC	10 Altro		6.1 Day hospital psichiatrico	
4.2 Altro rep osped			6.2 Day hospital internistico	
			7. Telefonico	

Codice erogatore *	<input type="text"/>	Data prestazione	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
14 Centro DA componente ambulat		Peso attuale	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
15 Centro DA comp semiresidenziale			<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
16 Centro DA comp residenziale			<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
20 Comunità alloggio			<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
31 CTRP A			<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
32 CTRP B			<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Profilo professionale operatore *	<input type="text"/>
1. Medico	7. Operatore tecnico assistenza
2. Psicologo	8. Operatore sanitario
3. Infermiere	9. Terapista riabilitaz psichiatrica
4. Assistente sanitario	10. Dietista
5. Educatore professionale	99. Altra figura professionale
6. Assistente sociale	

Prescrizione farmacologica	<input type="text"/>	Tipo di farmaco	<input type="text"/>
1. Nessuna prescrizione	6. In trattamento da altri	0. NC	6. Antipsicotici classici
2. Nuova prescrizione	7. Piano terapeutico	1. Ansiolitici	7. Antipsicotici atipici
3. Continuazione		2. Ipnotici	8. Antiparkinson
4. Variaz categoria farmaco		3. Antidepressivi	9. Antiepilettici
5. Sospensione trattamento		4. Litio	10. Altro
		5. Altri stabilizz umore	

Tipo di prestazione effettuata *	<input type="text"/>
1 Prima visita specialistica	11.2 Test autosomm personalità/psicopatologia
2 Visita di controllo	11.3 Test di intelligenza
3.0 Colloquio psichiatrico/psicol	11.4 Test della memoria/attenzione
3.1 Colloquio con dietista	11.5 Test delle funzioni esecutive
3.2 Colloquio motivazionale	11.6 Test delle abilità visuo-spaziali
4 Relazione clinica	11.7 Valutazione carico familiare/strategie di coping
5 Consulenza specialistica	12 Incontri operativi multiprofessionali
6.0 Psicoterapia individuale	14 Colloquio informativo e di sostegno
6.1 Psicoterapia individuale CBT	15 Intervento informativo e di sostegno
6.2 Terapia psicoeducazionale individuale	16 Somatoterapia psichiatrica
6.3 Terapia di rilassamento	16.1 Terapia farmacologica per os
7.0 Psicoterapia della famiglia	16.2 Terapia farmacologica i.m.
7.1 Terapia psicoeducazionale con familiari	16.3 Terapia farmacologica per flebo
8.0 Psicoterapia di gruppo	16.4 Applicazione sondino nasogastrico
8.1 Psicoterapia di gruppo CBT	16.5 Terapia nutrizionale parenterale
8.2 Terapia psicoeducazionale di gruppo	16.6 Pasto assistito
8.3 Terapia psicoeducazionale di gruppo per familiari	17 Attività strutturata di prevenzione
8.4 Terapia di rilassamento	18 Riunioni di équipe o tra operai
9 Ipnoterapia	19 Segretariato sociale
10 Anamnesi e/o valut breve	20 Attività occupazionale
11 Esame testistico	21 Giornata di residenza in struttura resid/semiresid
11.1 Intervista diagnostica strutturata	22 Altro

Esito Attuale prestazione	<input type="text"/>	Posizione ticket	<input type="text"/>	Modalità contatto	<input type="text"/>
1. Autoinvio	7. Strutture riabili private	1. Non esente		1. Programmato	
2. Ricovero medicina interna	8. CSM di competenza	2. Esente per reddito		2. Non programmato	
3. SPDC volontario	9. Sert	3. Esente per patologia		3. Contatto mancato	
4. SPDC TSO	10. Altro				
5. Day hospital	11. Chiusura rapporto				
6. Strutture riabilitative pubbliche					

Intervista Diagnostica per Disturbo Alimentare

Peso premorbo	□□ □□		Età	□□	Peso minimo	□□	Età	□□
Peso max raggiunto	□□ □□							

Immagine corporea attuale		
Il/la paziente è molto preoccupato/a di ingrassare?		
<input type="checkbox"/> vero	<input type="checkbox"/> vero in parte	<input type="checkbox"/> falso
Si pensa troppo grasso/a o pensa che qualche parte del suo corpo sia troppo grassa		
<input type="checkbox"/> vero	<input type="checkbox"/> vero in parte	<input type="checkbox"/> falso
Sovrastima la propria taglia o nega la gravità del sottopeso		
<input type="checkbox"/> vero	<input type="checkbox"/> vero in parte	<input type="checkbox"/> falso
Il peso e la forma fisica influenzano in modo importante la considerazione che ha di sé?		
<input type="checkbox"/> vero	<input type="checkbox"/> vero in parte	<input type="checkbox"/> falso

Dimagrimenti e immagine corporea pregressa			
Precedenti periodi di perdita di peso			
	<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> no	
Età	□□ □□	Durata	□□ □□
		mesi	□□ □□
Età	□□ □□	Durata	□□ □□
		mesi	□□ □□
In quel periodo, il/la paziente era molto preoccupato/a di ingrassare?			
<input type="checkbox"/> vero	<input type="checkbox"/> vero in parte	<input type="checkbox"/> falso	
Pensava di essere troppo grasso/a o che qualche parte del suo corpo fosse troppo grassa			
<input type="checkbox"/> vero	<input type="checkbox"/> vero in parte	<input type="checkbox"/> falso	
Sovrastimava la propria taglia o negava la gravità del sottopeso			
<input type="checkbox"/> vero	<input type="checkbox"/> vero in parte	<input type="checkbox"/> falso	
Il peso e la forma fisica influenzavano in modo importante la considerazione che ha di sé?			
<input type="checkbox"/> vero	<input type="checkbox"/> vero in parte	<input type="checkbox"/> falso	

Menstruazioni	<input type="checkbox"/> presenti	<input type="checkbox"/> assenti	<input type="checkbox"/> estrogeni
Se presenti sono:	<input type="checkbox"/> regolari	<input type="checkbox"/> irregolari	
Se assenti, da quanto tempo		□□ mesi	
Precedenti periodi di assenza di mestruazioni			
	<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> no	
Età	□□ □□	Durata	□□ □□
		mesi	□□ □□
Età	□□ □□	Durata	□□ □□
		mesi	□□ □□
		Peso	□□ □□
		Peso	□□ □□

Attualmente (ultimi tre mesi) presenta crisi bulimiche (abbuffate) "oggettive"?		<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> no
<small>(Mangiare, in un periodo di tempo definito [2 ore], molto di più di quello che la maggior parte delle persone mangerebbe nello stesso periodo e nella stessa situazione)</small>			
C'è perdita il controllo durante l'episodio?		<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> no
Che frequenza hanno avuto questi episodi, in media, negli ultimi tre mesi?			
diverse volte al giorno	<input type="checkbox"/>	una volta alla settimana	<input type="checkbox"/>
una volta al giorno	<input type="checkbox"/>	alcune volte al mese	<input type="checkbox"/>
almeno due volte alla settimana	<input type="checkbox"/>	una volta al mese o meno	<input type="checkbox"/>
Da quanto tempo sono presenti le crisi bulimiche?		□□ anni	□□ mesi

In passato ha mai presentato crisi bulimiche?		<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> no
<small>(segnare solo se episodio diverso da quello attuale)</small>			
Aveva la sensazione di perdere il controllo, durante questi episodi?		<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> no
Con che frequenza avvenivano?			
diverse volte al giorno	<input type="checkbox"/>	una volta alla settimana	<input type="checkbox"/>
una volta al giorno	<input type="checkbox"/>	alcune volte al mese	<input type="checkbox"/>
almeno due volte alla settimana	<input type="checkbox"/>	una volta al mese o meno	<input type="checkbox"/>
A che età erano iniziate le crisi bulimiche?		□□ anni	
Per quanto tempo hanno continuato ad essere presenti?		□□ anni	□□ mesi

Attualmente (ultimi tre mesi) vomita il cibo ingerito per controllare il peso?		<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> no
Con quale frequenza, in media, negli ultimi tre mesi?			
diverse volte al giorno	<input type="checkbox"/>	una volta alla settimana	<input type="checkbox"/>
una volta al giorno	<input type="checkbox"/>	alcune volte al mese	<input type="checkbox"/>
almeno due volte alla settimana	<input type="checkbox"/>	una volta al mese o meno	<input type="checkbox"/>
Da quanto tempo sono presenti episodi di vomito?		□□ anni	□□ mesi

In passato ha mai vomitato allo scopo di controllare il peso? si no
 (segnare solo se episodio diverso da quello attuale)
 Con quale frequenza, in media?
 diverse volte al giorno una volta alla settimana
 una volta al giorno alcune volte al mese
 almeno due volte alla settimana una volta al mese o meno
 A che età sono iniziati gli episodi di vomito? anni
 Per quanto tempo hanno continuato ad essere presenti? anni mesi

Attualmente utilizza farmaci lassativi allo scopo di controllare il peso? si no
 Quanto spesso?
 Quotidianamente 2-3 volte la settimana alcune volte al mese
 Da quanto tempo li assume? anni mesi

In passato ha mai utilizzato lassativi per controllare il peso? si no
 Quanto spesso succedeva?
 Quotidianamente 2-3 volte la settimana alcune volte al mese
 A che età ha iniziato? anni
 Quanto è durata l'assunzione del farmaco anni mesi

Attualmente utilizza farmaci diuretici allo scopo di perdere peso? si no
 Quanto spesso?
 Quotidianamente 2-3 volte la settimana alcune volte al mese
 Da quanto tempo li assume? anni mesi

In passato ha mai utilizzato diuretici per controllare il peso? si no
 Quanto spesso le succedeva?
 Quotidianamente 2-3 volte la settimana alcune volte al mese
 A che età ha iniziato? anni
 Quanto è durata l'assunzione del farmaco anni mesi

Attualmente le capita di non mangiare nulla nel corso della giornata per più di otto ore consecutive (escluse le ore di sonno)? si no
 Quanto spesso?
 Quotidianamente 2-3 volte la settimana alcune volte al mese
 Da quanto tempo? anni mesi

In passato le è capitato di non mangiare nulla nel corso della giornata per più di otto ore consecutive (escluse le ore di sonno)? si no
 Quanto spesso?
 Quotidianamente 2-3 volte la settimana alcune volte al mese
 A che età ha iniziato? anni
 Quanto è durato anni mesi

Per quanto tempo alla settimana fa un'intensa attività fisica per perdere peso? ore
 Da quanto tempo? anni mesi
 Che peso aveva quando ha iniziato questa attività fisica? kg

In passato ci sono stati altri periodi in cui ha fatto un'intensa attività fisica per perdere peso?
 si no
 Per quanto tempo alla settimana ore
 A che età ha iniziato? anni
 Quanto è durato il periodo? anni mesi