

Questionnaire :

Questionnaire de SCOFF

| Questionnaire de SCOFF | | |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|--|
| 1. Vous êtes-vous déjà fait vomir parce que vous ne vous sentiez pas bien « l'estomac plein » ? | Cochez ... | |
| Oui | | |
| Non | | |
| 2. Craignez-vous d'avoir perdu le contrôle des quantités que vous mangez ? | | |
| Oui | | |
| Non | | |
| 3. Avez-vous perdu plus de 6 kilos en moins de trois mois ? | | |
| Oui | | |
| Non | | |
| 4. Pensez-vous que vous êtes trop gros(se) alors que les autres vous considèrent comme trop mince ? | | |
| Oui | | |
| Non | | |
| 5. Diriez-vous que la nourriture est quelque chose qui occupe une place dominante dans votre vie ? | | |
| Oui | | |
| Non | | |

Analyse du résultat :

Deux réponses positives ou plus révèlent un possible trouble du comportement alimentaire et donc la nécessité de consulter un professionnel de la santé.

Références :

1- Luck A.J. and coll., The SCOFF questionnaire and clinical interview for eating disorders in general practice: comparative study, B.M.J., 325: 755-6, october 2002.

2- Garcia F.D. and al., Detection of eating disorders in patient : validity and reliability of the French version of the SCOFF questionnaire, Clinical Nutrition, Volume 30, Issue 2, , Pages 178-181, April 2011 .