

COD-ED (Collaboration of Dietitians in Eating Disorders)

ORAL INTAKE RECORD

(TO BE USED IN CONJUNCTION WITH THE MEAL PLAN FOR ADULT INPATIENTS WITH EATING DISORDERS)

(Affix patient identification label here)

URN:

Family Name:

Given Names:

Address:

Date of Birth:

Sex: M F I

START DATE: _____ CIRCLE IF REQUIRED **Step 2** = Supplement Drink **Step 3** = Naso-Gastric Tube

BREAKFAST	MONDAY				TUESDAY				WEDNESDAY				THURSDAY								
Cereal/porridge	Nil	¼	½	¾	All	Step 2	Step 3	Nil	¼	½	¾	All	Step 2	Step 3	Nil	¼	½	¾	All	Step 2	Step 3
Milk	Nil	¼	½	¾	All			Nil	¼	½	¾	All			Nil	¼	½	¾	All		
Bread + butter + spread	Nil	¼	½	¾	All	Step 2	Step 3	Nil	¼	½	¾	All	Step 2	Step 3	Nil	¼	½	¾	All	Step 2	Step 3
Fruit/juice	Nil	¼	½	¾	All			Nil	¼	½	¾	All			Nil	¼	½	¾	All		
Supplement Drink	Nil	¼	½	¾	All	Step 2	Step 3	Nil	¼	½	¾	All	Step 2	Step 3	Nil	¼	½	¾	All	Step 2	Step 3
Other	Nil	¼	½	¾	All			Nil	¼	½	¾	All			Nil	¼	½	¾	All		
MORNING TEA																					
1 x snack	Nil	¼	½	¾	All	Step 2	Step 3	Nil	¼	½	¾	All	Step 2	Step 3	Nil	¼	½	¾	All	Step 2	Step 3
2 nd snack (if applicable)	Nil	¼	½	¾	All			Nil	¼	½	¾	All			Nil	¼	½	¾	All		
Supplement Drink	Nil	¼	½	¾	All	Step 2	Step 3	Nil	¼	½	¾	All	Step 2	Step 3	Nil	¼	½	¾	All	Step 2	Step 3
Other	Nil	¼	½	¾	All			Nil	¼	½	¾	All			Nil	¼	½	¾	All		
LUNCH																					
Hot main meal	Nil	¼	½	¾	All	Step 2	Step 3	Nil	¼	½	¾	All	Step 2	Step 3	Nil	¼	½	¾	All	Step 2	Step 3
Sandwich	Nil	¼	½	¾	All			Nil	¼	½	¾	All			Nil	¼	½	¾	All		
Dessert/custard/yoghurt	Nil	¼	½	¾	All	Step 2	Step 3	Nil	¼	½	¾	All	Step 2	Step 3	Nil	¼	½	¾	All	Step 2	Step 3
Supplement Drink	Nil	¼	½	¾	All			Nil	¼	½	¾	All			Nil	¼	½	¾	All		
Other	Nil	¼	½	¾	All	Step 2	Step 3	Nil	¼	½	¾	All	Step 2	Step 3	Nil	¼	½	¾	All	Step 2	Step 3
	Nil	¼	½	¾	All			Nil	¼	½	¾	All			Nil	¼	½	¾	All		
AFTERNOON TEA																					
1 x snack	Nil	¼	½	¾	All	Step 2	Step 3	Nil	¼	½	¾	All	Step 2	Step 3	Nil	¼	½	¾	All	Step 2	Step 3
2 nd snack (if applicable)	Nil	¼	½	¾	All			Nil	¼	½	¾	All			Nil	¼	½	¾	All		
Supplement Drink	Nil	¼	½	¾	All	Step 2	Step 3	Nil	¼	½	¾	All	Step 2	Step 3	Nil	¼	½	¾	All	Step 2	Step 3
Other	Nil	¼	½	¾	All			Nil	¼	½	¾	All			Nil	¼	½	¾	All		
DINNER																					
Hot main meal	Nil	¼	½	¾	All	Step 2	Step 3	Nil	¼	½	¾	All	Step 2	Step 3	Nil	¼	½	¾	All	Step 2	Step 3
Dessert/custard/yoghurt	Nil	¼	½	¾	All			Nil	¼	½	¾	All			Nil	¼	½	¾	All		
Supplement Drink	Nil	¼	½	¾	All	Step 2	Step 3	Nil	¼	½	¾	All	Step 2	Step 3	Nil	¼	½	¾	All	Step 2	Step 3
Other	Nil	¼	½	¾	All			Nil	¼	½	¾	All			Nil	¼	½	¾	All		
SUPPER																					
1 x snack	Nil	¼	½	¾	All	Step 2	Step 3	Nil	¼	½	¾	All	Step 2	Step 3	Nil	¼	½	¾	All	Step 2	Step 3
2 nd snack (if applicable)	Nil	¼	½	¾	All			Nil	¼	½	¾	All			Nil	¼	½	¾	All		
Supplement Drink	Nil	¼	½	¾	All	Step 2	Step 3	Nil	¼	½	¾	All	Step 2	Step 3	Nil	¼	½	¾	All	Step 2	Step 3
Other	Nil	¼	½	¾	All			Nil	¼	½	¾	All			Nil	¼	½	¾	All		

COD-ED (Collaboration of Dietitians in Eating Disorders)

ORAL INTAKE RECORD

(TO BE USED IN CONJUNCTION WITH THE MEAL PLAN FOR ADULT INPATIENTS WITH EATING DISORDERS)

(Affix patient identification label here)

URN:

Family Name:

Given Names:

Address:

Date of Birth:

Sex: M F I

START DATE: _____ CIRCLE IF REQUIRED **Step 2** = Supplement Drink **Step 3** = Naso-Gastric Tube

BREAKFAST	FRIDAY					SATURDAY					SUNDAY								
Cereal/porridge	Nil	¼	½	¾	All	Step 2	Step 3	Nil	¼	½	¾	All	Step 2	Step 3	Nil	¼	½	¾	All
Milk	Nil	¼	½	¾	All			Nil	¼	½	¾	All			Nil	¼	½	¾	All
Bread + butter + spread	Nil	¼	½	¾	All			Nil	¼	½	¾	All			Nil	¼	½	¾	All
Fruit/juice	Nil	¼	½	¾	All			Nil	¼	½	¾	All			Nil	¼	½	¾	All
Supplement Drink	Nil	¼	½	¾	All			Nil	¼	½	¾	All			Nil	¼	½	¾	All
Other	Nil	¼	½	¾	All			Nil	¼	½	¾	All			Nil	¼	½	¾	All
MORNING TEA																			
1 x snack	Nil	¼	½	¾	All	Step 2	Step 3	Nil	¼	½	¾	All	Step 2	Step 3	Nil	¼	½	¾	All
2 nd snack (if applicable)	Nil	¼	½	¾	All			Nil	¼	½	¾	All			Nil	¼	½	¾	All
Supplement Drink	Nil	¼	½	¾	All			Nil	¼	½	¾	All			Nil	¼	½	¾	All
Other	Nil	¼	½	¾	All			Nil	¼	½	¾	All			Nil	¼	½	¾	All
LUNCH																			
Hot main meal	Nil	¼	½	¾	All	Step 2	Step 3	Nil	¼	½	¾	All	Step 2	Step 3	Nil	¼	½	¾	All
Sandwich	Nil	¼	½	¾	All			Nil	¼	½	¾	All			Nil	¼	½	¾	All
Dessert/custard/yoghurt	Nil	¼	½	¾	All			Nil	¼	½	¾	All			Nil	¼	½	¾	All
Supplement Drink	Nil	¼	½	¾	All			Nil	¼	½	¾	All			Nil	¼	½	¾	All
Other	Nil	¼	½	¾	All			Nil	¼	½	¾	All			Nil	¼	½	¾	All
AFTERNOON TEA																			
1 x snack	Nil	¼	½	¾	All	Step 2	Step 3	Nil	¼	½	¾	All	Step 2	Step 3	Nil	¼	½	¾	All
2 nd snack (if applicable)	Nil	¼	½	¾	All			Nil	¼	½	¾	All			Nil	¼	½	¾	All
Supplement Drink	Nil	¼	½	¾	All			Nil	¼	½	¾	All			Nil	¼	½	¾	All
Other	Nil	¼	½	¾	All			Nil	¼	½	¾	All			Nil	¼	½	¾	All
DINNER																			
Hot main meal	Nil	¼	½	¾	All	Step 2	Step 3	Nil	¼	½	¾	All	Step 2	Step 3	Nil	¼	½	¾	All
Dessert/custard/yoghurt	Nil	¼	½	¾	All			Nil	¼	½	¾	All			Nil	¼	½	¾	All
Supplement Drink	Nil	¼	½	¾	All			Nil	¼	½	¾	All			Nil	¼	½	¾	All
Other	Nil	¼	½	¾	All			Nil	¼	½	¾	All			Nil	¼	½	¾	All
SUPPER																			
1 x snack	Nil	¼	½	¾	All	Step 2	Step 3	Nil	¼	½	¾	All	Step 2	Step 3	Nil	¼	½	¾	All
2 nd snack (if applicable)	Nil	¼	½	¾	All			Nil	¼	½	¾	All			Nil	¼	½	¾	All
Supplement Drink	Nil	¼	½	¾	All			Nil	¼	½	¾	All			Nil	¼	½	¾	All
Other	Nil	¼	½	¾	All			Nil	¼	½	¾	All			Nil	¼	½	¾	All