



QUESTIONNAIRE D'ÉVALUATION TRAITEMENT MÉDICAL DE L'OBÉSITÉ

Courriel : _____ Régime d'assurance : privé RAMQ

HISTOIRE PSYCHOSOCIALE

Scolarité : _____

Emploi : _____

Veuillez cocher ce qui correspond à votre situation :

marié(e) célibataire séparé(e) divorcé(e) veuf(ve) conjoint(e)

Nombre d'enfant(s) et âge : _____

Veuillez cocher ce qui correspond à votre type de domicile :

maison logement condo chambre autre : _____

Avez-vous vivez-vous ? _____

Est-ce que gens dans votre famille souffrent d'obésité ? oui non

Est-ce que gens dans votre famille ou dans votre entourage ont déjà subi une chirurgie bariatrique ? oui non

Avez-vous déjà envisagé d'avoir une chirurgie pour traiter votre obésité ? oui non

Source de revenu : au travail aide sociale CNESST rente d'invalidité retraité

Difficulté financière : oui, _____ non

HISTOIRE DE POIDS / RÉGIME

Poids actuel : _____ Taille actuelle : _____

À quelle fréquence vous pesez-vous ? _____

À quel âge votre gain de poids a-t-il débuté ? _____

Est-ce qu'un événement particulier dans votre vie a précipité le gain de poids selon vous ? oui non

Si oui, quel événement ? _____

Quel a été le poids maximal atteint et à quel âge ? _____

Quel a été le poids le plus bas atteint à l'âge adulte (précisez l'âge) ? _____

Est-ce que votre poids est stable ? oui non

Si oui, depuis combien de temps ? _____

Avez-vous déjà fait des tentatives de perte de poids ? oui non

Si oui, qu'avez-vous tenté (nom du régime et perte de poids associée) ? _____

HISTOIRE DE POIDS / RÉGIME (suite)

Suivez-vous un régime particulier présentement ? oui non

Si oui, lequel : _____

Avez-vous déjà rencontré une nutritionniste ? oui non

Si oui, quel était l'objectif ? _____

Avez-vous déjà eu une chirurgie bariatrique ? oui non

Si oui, laquelle ? _____

Avez-vous déjà pris un médicament prescrit pour perdre du poids ? oui non

Si oui, quel(s) médicament(s) avez-vous déjà tenté ?

Avez-vous eu des effets secondaires ? oui non

Précisez au besoin :

Quelle avait été la perte de poids entraînée par la prise de médicament(s) ?

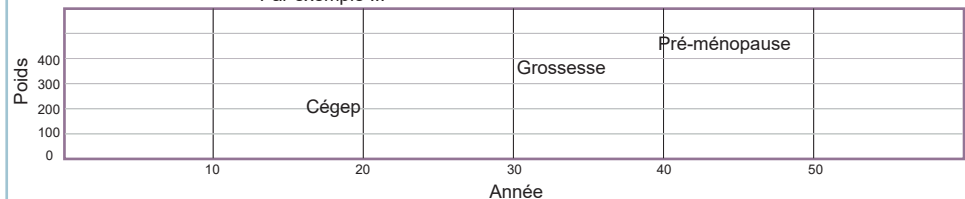
Comment votre poids a-t-il changé au fil de temps ?

Racontez l'histoire de votre vie à travers l'histoire de votre poids



Année

Par exemple ...



Commentaires :



QUESTIONNAIRE D'ÉVALUATION TRAITEMENT MÉDICAL DE L'OBÉSITÉ

HISTOIRE ALIMENTATION

Mangez-vous chaque jour un :

Déjeuner oui non

Dîner oui non

Souper oui non

Précisez l'heure des repas :

Déjeuner : _____

Dîner : _____

Souper : _____

Vous arrive-t-il de vous servir une deuxième assiette ? oui non

Mangez-vous entre les repas ? oui non

Si oui, combien de fois par jour ? _____

Mangez-vous chaque jour :

Des fruits oui non

Des légumes oui non

Des produits laitiers oui non

Des féculents oui non

De la viande oui non

Participez-vous à la préparation des repas ? oui non

À quelle fréquence consommez-vous les aliments suivants :

	Jamais	À l'occasion (moins d'une fois par semaine)	Quelques fois par semaine	À tous les jours
Desserts sucrés (gâteaux, biscuits, tartes, etc.)				
Croustilles				
Chocolat ou bonbons				
Friture (frites, poutine, poulet frit, etc.)				
Boisson gazeuses / énergisantes				
Jus				
Restauration rapide (Tim Hortons, McDonald, etc.)				
Restaurants				
Mets préparés				

HISTOIRE ALIMENTATION (suite)

Dans le dernier 24 heures, qu'avez-vous mangé et bu pour...

Déjeuner : _____

Dîner : _____

Souper : _____

Collations / grignottage : _____

Si vous aviez à donner une note à votre équilibre alimentaire, quelle note vous donneriez vous ?

Non équilibrée 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 **Équilibrée**

Qu'est-ce qui serait à améliorer dans votre alimentation selon-vous ?

Ressentez-vous vos signaux de faim ? oui non

Combien de temps en moyenne dure vos repas ? _____

Vous arrive-t-il de manger la nuit ? oui non

Vous arrive-t-il d'avoir des fringales difficiles à contrôler ? oui non

Vous arrive-t-il de manger lorsque vous vous sentez stressé, triste, joyeux ou anxieux ? oui non

Vous arrive-t-il de manger une grande quantité de nourriture en peu de temps ? oui non

Vous arrive-t-il d'avoir un sentiment de perte de contrôle en lien avec la consommation de nourriture ? oui non

Vous arrive-t-il de manger jusqu'à se sentir inconfortable ? oui non

Vous arrive-t-il de manger seul car vous ressentez de la gêne par rapport à la quantité de nourriture que vous consommez ? oui non

Vous arrive-t-il de faire des choses particulières pour contrôler votre poids (exmeples : laxatifs, sirop Ipéca, diurétiques, médicaments, produits achetés en vente libre et/ou vomissements provoqués) ?

Consommez-vous de l'alcool ? oui non

Si oui, combien de consommation par jour : _____ par semaine : _____

Consommez-vous des drogues (incluant le cannabis) ? oui non

Si oui lesquelles ? _____

Si oui, combien de consommation par jour : _____ par semaine : _____

Combien de café / thé buvez-vous par jour ? _____

Qu'est-ce que vous avez l'habitude de mettre dans votre café / thé (précisez la quantité) ? _____

HISTOIRE DE SANTÉ (suite)

Maladie cardiovasculaire :

- Hypertension artérielle
- Problème de cholestérol
- Troubles du rythme (exemple : fibrillation ariculaire, etc.)
- Angine, infarctus, tuteur(s) ou pontage(s)
- AVC

Commentaires :

Problèmes musculosquettiques :

- Douleurs articulaires (exemple : genoux, chevilles, hanches, etc.)
- Arthrose

Commentaires :

Problèmes de santé mentale :

- TDAH
- Dépression
- Syndrome d'épuisement professionnel
- Anxiété
- Troubles de personnalité (exemple : trouble de la personnalité limite, etc.)
- Troubles alimentaires (exemple : boulimie, hyperphagie boulimie, etc.)
- Hospitalisation(s) pour troubles de santé mentale

Commentaires :

INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES

Quelle est votre perception globale de votre image corporelle ?

Éprouvez-vous des difficultés en lien avec votre obésité ? oui non

Si oui, lesquelles : _____

À combien évalueriez-vous votre motivation à entreprendre des démarches (changement des habitudes de vie, prise de médication, suivi avec les professionnels de la santé) pour traiter votre obésité ?

Faible 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 **Élevée**

Avez-vous des craintes en lien avec les démarches de prise en charge d'obésité ?

Quel est votre niveau de confiance en vous même pour réussir à perdre du poids ?

Faible 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 **Élevée**

Quels sont les objectifs que vous souhaitez atteindre au terme de la prise en charge de votre obésité ?



QUESTIONNAIRE D'ÉVALUATION TRAITEMENT MÉDICAL DE L'OBÉSITÉ

INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES (suite)

Quelles sont vos attentes envers les professionnels de la santé dans la prise en charge de votre obésité ?

Afin de nous permettre de mieux se préparer à votre consultation, vous devez :

- Avoir rempli ce questionnaire dans son intégralité
- Vous assurer que vos prises de sang aient été effectuées au préalable

Vous pouvez acheminer le questionnaire à l'adresse suivante : medecinebariatrique.iucpq@ssss.gouv.qc.ca
ou au numéro suivant : 418-656-4854

Signature de l'utilisateur : _____

Date :

Année			Mois			Jour			