



CP5977

Nom, prénom : _____

Adresse : _____

Numéro de RAMQ : _____

Date de naissance : _____
Année Mois Jour

QUESTIONNAIRE ÉVALUATION DE VOTRE ÉTAT DE SANTÉ CHIRURGIE BARIATRIQUE

Section réservée à la clinique de chirurgie bariatrique (vous n'avez rien à inscrire dans cette section)

Questionnaire, DPE et formulaire d'inscription révisés Liste de médicaments validés au DSQ

Vérification des conditions de santé (notez ce qui s'applique)

Diabète : _____ Problème orthopédique : _____

Apnée du sommeil : _____ Hypercholestérolémie : _____

Problème cardiaque : _____ Épisode dépressif : _____

Note infirmière :

Signature de l'infirmière : _____ Date : _____
Année Mois Jour

VOUS DEVEZ COMPLÉTER TOUTES LES SECTIONS SUIVANTES

1 - USAGER

Cellulaire : _____ Téléphone au travail : _____ Autre : _____

Courriel : _____

2 - RÉFÉRENCE

Nom du médecin qui vous a référé : _____

Avez-vous déjà subi une chirurgie pour l'obésité ? non oui

Nom du chirurgien : _____ Date : _____
Année Mois Jour

3 - CONDITIONS DE SANTÉ

Grandeur : _____ pieds, pouces ou mètre, centimètres Poids : _____ lbs ou kg

Est-ce que vous fumez de la cigarette ou vapotez ? non oui, combien de cigarettes par jour : _____

Si oui, est-ce que vous avez débute des démarches pour l'arrêt tabagique auprès de votre médecin ou de votre pharmacien ? Si oui, lesquelles ? (À noter qu'un arrêt complet sera nécessaire pour débiter le processus d'investigation menant à la chirurgie).

Consommez-vous de l'alcool ? non oui, combien de consommation par semaine : _____

Consommez-vous des drogues ? non oui, quelle(s) drogue(s) et la fréquence : _____

3 - CONDITIONS DE SANTÉ (suite)

Êtes-vous diabétique ? non oui, cochez ce qui correspond à votre état de santé

- Vous avez un début de diabète avec diète (pas de médicament pour le moment)
- Votre diabète est traité seulement avec des comprimés
- Votre diabète est traité à l'insuline avec ou sans comprimés

Commentaires : _____

Faites-vous de l'apnée du sommeil ? non oui, cochez ce qui correspond à votre état de santé

- Possible si vous avez un de ces symptômes (ronflements importants, somnolence au cours de la journée, éveils fréquents la nuit, fatigue au réveil)
- Diagnostiqué mais vous ne portez pas l'appareil prescrit
- Diagnostiqué et vous portez l'appareil prescrit (CPAP ou BiPAP)

Si vous ne portez pas l'appareil prescrit, inscrivez la raison : _____

Commentaires : _____

Avez-vous un trouble cardiaque ? non oui, cochez ce qui correspond à votre état de santé

- Un médecin a confirmé que vous faites de l'angine
- Un médecin a confirmé que vous faites des troubles du rythme cardiaque (arythmie)
- Vous avez déjà eu une chirurgie cardiaque (pontages, remplacement de valves)
- Vous avez déjà eu des dilatations ou des tuteurs par cathétérisme cardiaque

Commentaires : _____

Avez-vous des problèmes orthopédiques ? non oui, cochez ce qui correspond à votre état de santé

- Vous êtes en mesure de vous déplacer sans aide de marche (cane, marchette), vous êtes autonome dans vos activités quotidiennes et capable de monter des escaliers
- Vous vous déplacez avec une aide de marche (cane, marchette) **OU** avez besoin d'aide fréquemment dans les activités quotidiennes **OU** avez eu ou avez encore recours aux infiltrations, aux médicaments narcotiques ou anti-inflammatoires pour traiter des douleurs aux articulations (dos, genoux, chevilles, etc.)
- Vous avez un diagnostic d'incapacité totale **OU** êtes en attente d'une chirurgie orthopédique (dos, genoux, hanche) **OU** vous devez vous déplacer en fauteuil roulant

Commentaires : _____

4 - CONDITIONS DE VIE

Cochez ce qui correspond à votre état de santé

- Vous avez déjà fait un ou des épisodes dépressifs qui n'ont pas nécessité l'usage d'antidépresseur
- Vous avez déjà fait un ou des épisodes dépressifs qui ont nécessité ou nécessité l'usage d'antidépresseurs
- Vous présentez des difficultés à faire votre hygiène personnelle en raison de votre obésité

5 - INFORMATIONS SOCIODÉMOGRAPHIQUES

Quel est votre état civil ?

- Marié(e) Célibataire Séparé(e) Divorcé(e) Veuf(ve) Conjoint(e) de fait

Quel est votre source de revenu ?

- Au travail Aide social CNESST SAAQ Rente d'invalidité Autre : _____

Avez-vous des difficultés financières ? Si oui, expliquez votre situation.



QUESTIONNAIRE ÉVALUATION DE VOTRE ÉTAT DE SANTÉ CHIRURGIE BARIATRIQUE

5 - INFORMATIONS SOCIODÉMOGRAPHIQUES (suite)

Quel est votre type domicile ?

Maison Logement Condo Chambre Autre : _____

Avec qui vivez-vous ? _____

Avez-vous des enfants ? non oui, donnez leur âge : _____

6 - HISTOIRE PSYCHOSOCIALE ET ANTÉCÉDENTS

Avez-vous déjà été évalué ou suivi par un psychiatre ? non oui, pour quelle(s) raison(s) et en quelle année ?

Avez-vous déjà été suivi par un psychologue ? non oui, pour quelle(s) raison(s) et en quelle année ?

Avez-vous déjà été suivi par un travailleur social ou psychoéducateur ? non

oui, pour quelle(s) raison(s) et en quelle année ?

Avez-vous déjà été hospitalisé pour des raisons de santé mentale ? non

oui, pour quelle(s) raison(s) et en quelle année ?

Avez-vous ou avez-vous déjà eu des démêlés avec la justice ? non oui

Avez-vous ou avez-vous déjà eu un suivi avec la DPJ ? non oui

7 - HABITUDES DE VIE

Heure du lever : _____

Heure du coucher : _____

Nombre de sieste par jours : _____

Durée de la ou des sieste(s) : _____

Nombre d'heure(s) d'écran par jour : _____

7 - HABITUDES DE VIE (suite)

Avez-vous de la difficulté?

- Au niveau de l'hygiène personnelle non oui _____
- De la mobilité non oui _____
- À aller à la toilettes non oui _____
- Au repas non oui _____
- À l'entretien de votre domicile non oui _____
- Recevez-vous de l'aide du CLSC ? non oui, précisez.

Quelles sont vos activités au de la semaine (jour et soirée) ?

Quelles sont vos attentes et vos motivations à subir une chirurgie à part la perte de poids ?

Informations complémentaires

8 - HISTOIRE DU POIDS

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

Votre poids minimum à l'âge adulte ? _____ lbs ou kg

9 - HISTOIRE DE RÉGIMES

Avez-vous déjà fait un ou des régimes ? non oui, lesquels ?

Faites-vous un régime présentement ? non oui, lequel ?

Avez-vous déjà rencontré une nutritionniste ? non oui, pour quelle(s) raison(s) ?

10 - COMPORTEMENTS ALIMENTAIRES

- Vous arrive-t-il de manger des aliments et de ressentir une perte de contrôle ? non oui
- Vous arrive-t-il de manger entre les repas en l'absence de faim ? non oui
- Vous arrive-t-il de manger jusqu'à éprouver une sensation de distension abdominale ? non oui
- Vous arrive-t-il de manger la nuit ? non oui

Signature de l'utilisateur : _____ Date : _____

Année Mois Jour