



INSTITUT UNIVERSITAIRE
DE CARDIOLOGIE
ET DE PNEUMOLOGIE
DE QUÉBEC

DEMANDE D'INSCRIPTION À LA LISTE D'ATTENTE DE CHIRURGIE BARIATRIQUE

2725, chemin Sainte-Foy,
Québec (Québec) G1V 4G5

Télécopieur : (418) 656-4611
Courriel : iucpq.chxbariatricque@ssss.gouv.qc.ca

Les conditions pré requises pour une chirurgie de l'obésité sont les suivantes :

- ❖ Avoir un IMC ≥ 35 kg/m² avec problèmes de santé associés;
- ❖ Avoir un IMC ≥ 40 kg/m² avec ou sans comorbidité;
- ❖ Être prêt à s'investir dans un suivi avec notre établissement, pour une durée minimum de trois mois en pré opératoire, puis à long terme après la chirurgie;
- ❖ Être prêt à prendre des suppléments vitaminiques à vie;
- ❖ Être prêt à adopter de saines habitudes de vie avant et après la chirurgie.

Contre-indications absolues à la chirurgie de l'obésité :

- ❖ Trouble de santé mentale aiguë ou instable;
- ❖ IMC < 35 kg/m²;
- ❖ Dépendance à l'alcool ou aux drogues.

Contre-indications relatives à une chirurgie de l'obésité :

- ❖ Utilisation chronique de narcotiques;
- ❖ Âge < 18 ans et > 60 ans.

J'atteste avoir pris connaissance des conditions pré requises et des contre-indications relatives à une chirurgie de l'obésité.

***** IMPORTANT *****

TOUTES les cases de la section 1. IDENTIFICATION doivent être complétées

1. IDENTIFICATION

Nom à la naissance :

Prénom :

Date de naissance :

No carte assurance maladie du Québec :

Autre province :

Adresse :

Ville :

Province :

Code postal :

Téléphone domicile :

Travail :

Cellulaire :

Adresse courriel :

Nom du médecin référant :

2. RENSEIGNEMENTS CLINIQUES

Usager aussi inscrit sur la liste d'attente d'un autre établissement pour une chirurgie bariatrique?

Oui nom de l'établissement _____

Non

Usager a déjà subi une chirurgie pour l'obésité?

Oui Date : _____

Nom du chirurgien _____

Nom de l'établissement _____

Cochez ce qui correspond à cet usager :

IMC ≥ 35 kg/m² avec problèmes de santé associés

Commentaires :

IMC ≥ 40 kg/m² avec ou sans comorbidité

Commentaires :

Apnée du sommeil

Commentaires :

Maladie coronarienne

Commentaires :

Diabète type I ou II

Commentaires :

Problèmes ostéoarticulaires

Commentaires :

Autres informations pertinentes :

3. AUTORISATION ET CONFIRMATION

Signature du médecin référent :

DR _____

Date : _____