



## Programme de Chirurgie bariatrique I.U.C.P.Q

### Questionnaire évaluation de votre état de santé

#### Généralités # dossier IUCPQ :

Nom: \_\_\_\_\_ Date de naissance: \_\_\_\_\_

Prénom: \_\_\_\_\_ No carte assurance maladie \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_ Ville: \_\_\_\_\_

Province: \_\_\_\_\_ Code postal: \_\_\_\_\_

Téléphone domicile \_\_\_\_\_ travail: \_\_\_\_\_

Cellulaire: \_\_\_\_\_ autre: \_\_\_\_\_

Courriel: \_\_\_\_\_

Nom du médecin qui vous a référé \_\_\_\_\_

Adresse de sa clinique: \_\_\_\_\_

Avez-vous déjà subi une chirurgie pour l'obésité ?      Oui      Non

Si oui, inscrivez quand et le nom du chirurgien qui vous a opéré: \_\_\_\_\_

Dans quel domaine occupez-vous un emploi ou étudiez-vous? \_\_\_\_\_

#### Condition de santé

Poids : \_\_\_\_\_ Lbs \_\_\_\_\_ Kg      Taille : \_\_\_\_\_ pieds, pouces \_\_\_\_\_ mètres

Cochez ce qui correspond à votre état de santé, ajoutez des commentaires au besoin

##### Diabète

<input type="checkbox"/>	Vous avez un début de diabète traité avec diète (pas de médicaments pour le moment)
<input type="checkbox"/>	Votre diabète est traité seulement avec des comprimés
<input type="checkbox"/>	Votre diabète est traité à l'insuline avec ou sans comprimés

Commentaires :

##### Apnée du sommeil

<input type="checkbox"/>	Possible si vous avez un de ces symptômes (ronflements importants, somnolence au cours de la journée, éveils fréquents la nuit, fatigue au réveil)
<input type="checkbox"/>	Diagnostiqué mais vous ne portez pas l'appareil prescrit Raison pour laquelle vous ne portez pas l'appareil:

	Diagnostiqué et vous portez l'appareil prescrit (CPAP ou BPAP)
Commentaires :	
<b>Maladie cardiaque</b>	
	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 :	
<b>Problèmes orthopédiques</b>	
	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 un aide de marche (cane, marchette) <b>ou</b> avez besoin d'aide fréquemment dans les activités quotidiennes <b>ou</b> 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 <b>ou</b> êtes en attente d'une chirurgie orthopédique (dos, genoux, hanche) <b>ou</b> vous devez vous déplacer en fauteuil roulant
Commentaires :	
<b>Condition de vie</b>	
	Vous avez déjà fait un ou des épisodes dépressifs qui n'ont pas nécessité l'usage d'antidépresseurs
	Vous avez déjà fait un ou des épisodes dépressifs qui ont nécessité ou nécessitent encore l'usage d'antidépresseurs
	Vous présentez des difficultés à faire votre hygiène personnelle en raison de votre obésité
<b>Condition de santé non mentionnées précédemment</b>	



## Questionnaire psychosocial

### Généralités # dossier IUCPO :

Nom: \_\_\_\_\_ Date de naissance: \_\_\_\_\_

Prénom: \_\_\_\_\_ No carte assurance maladie \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_ Ville: \_\_\_\_\_

Province: \_\_\_\_\_ Code postal: \_\_\_\_\_

Téléphone domicile \_\_\_\_\_ travail: \_\_\_\_\_

Cellulaire: \_\_\_\_\_ autre: \_\_\_\_\_

Courriel: \_\_\_\_\_

Nom du médecin qui vous a référé \_\_\_\_\_

Adresse de sa clinique: \_\_\_\_\_

Avez-vous déjà subi une chirurgie pour l'obésité ?      **Oui**      **Non**

Si oui, inscrivez quand et le nom du chirurgien qui vous a opéré: \_\_\_\_\_

Dans quel domaine occupez-vous un emploi ou étudiez-vous? \_\_\_\_\_

### Informations sociodémographiques

Marié(e)	Célibataire	Séparé(e)	Divorcé(e)	Veuf (ve)	Conjoint(e) de fait
Nombre d'enfant(s) et âge :					
Source de revenu :	Au travail Rente d'invalidité	Aide Sociale Retraité(e)	CSST Autre	SAAQ	
Difficulté financière			Oui	Non	
Si <b>oui</b> , expliquez					
Type de domicile : Maison	Logement	Condo	Chambre	Autres	
Vit avec qui :					
Quel lien de parenté cette personne a-t-elle avec vos enfants?					
<b>Histoire psychosociale et antécédents</b>					
Êtes-vous ou avez-vous déjà été évalué ou suivi par :					
Psychiatre			Oui	Non	
Si <b>oui</b> , pour quelle(s) raison(s) et en quelles années?					

Psychologue	Oui	Non			
Si <b>oui</b> , pour quelle(s) <b>raison(s)</b> et en <b>quelles années</b> ?					
Travailleur sociale ou psychoéducateur?	Oui	Non			
Si <b>oui</b> , pour quelle(s) <b>raison(s)</b> et en <b>quelles années</b> ?					
Avez-vous déjà été hospitalisé pour des raisons de santé mentale?	Oui	Non			
Si <b>oui</b> , pour quelle(s) <b>raison(s)</b> et en <b>quelles années</b> ?					
Avez-vous ou avez-vous déjà eu des démêlés avec la justice?	Oui	Non			
Avez-vous ou avez-vous déjà eu un suivi avec la DPJ?	Oui	Non			
Consommez-vous de l'alcool et ou drogue?	Oui	Non			
Si <b>oui</b> , quelle quantité par semaine?					
<b>Habitudes de vie</b>					
Heure de lever :	Heure de coucher :				
Nombre de sieste :	Durée de la ou des siestes :				
Nombre d'heure(s) d'Internet par jour :					
<b>Difficulté(s) au niveau de :</b>					
L'hygiène :	Oui	Non	La mobilité	Oui	Non
Aller aux toilettes :	Oui	Non	Ménage :	Oui	Non
Repas :	Oui	Non			
Recevez-vous de l'aide du CLSC?	Oui	Non			
Si <b>oui</b> , précisez?					
Quelles sont vos activités au cours 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 :					



# Programme de Chirurgie bariatrique

## I.U.C.P.Q Questionnaire nutritionnel

### Généralités # dossier IUCPO :

Nom: \_\_\_\_\_ Date de naissance: \_\_\_\_\_

Prénom: \_\_\_\_\_ No carte assurance maladie \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_ Ville: \_\_\_\_\_

Province: \_\_\_\_\_ Code postal: \_\_\_\_\_

Téléphone domicile \_\_\_\_\_ travail: \_\_\_\_\_

Cellulaire: \_\_\_\_\_ autre: \_\_\_\_\_

Courriel: \_\_\_\_\_

Nom du médecin qui vous a référé \_\_\_\_\_

Adresse de sa clinique: \_\_\_\_\_

Avez-vous déjà subi une chirurgie pour l'obésité ?      **Oui**      **Non**

Si oui, inscrivez quand et le nom du chirurgien qui vous a opéré: \_\_\_\_\_

Dans quel domaine occupez-vous un emploi ou étudiez-vous? \_\_\_\_\_

### Histoire de poids

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

Avez-vous déjà eu une prise de poids de 100 lbs en 5 ans ou moins?	Oui	Non
--	-----	-----

À l'âge adulte :	Poids maximum :	_____ kg ou _____ lbs
------------------	-----------------	-----------------------

	Poids minimum :	_____ kg ou _____ lbs
--	-----------------	-----------------------

### Histoire de régimes

Avez-vous déjà suivi un ou des régimes?	Oui	Non
---	-----	-----

Si **oui**, lequel ou lesquels? :

Faites-vous un régime présentement?	Oui	Non
-------------------------------------	-----	-----

Si **oui**, lequel? :

Avez-vous déjà rencontré une nutritionniste?	Oui	Non
--	-----	-----

Si **oui**, pourquoi?

### Histoire alimentaire

Mangez-vous chaque jour un :		
------------------------------	--	--

Déjeuner	Oui	Non
----------	-----	-----

Diner	Oui	Non
Souper	Oui	Non
Mangez-vous entre les repas?	Oui	Non
Si oui, combien de fois par jour?		

Mangez-vous chaque jour ...?			Mangez-vous chaque			
	Oui	Non		Jour	Semaine	Mois
Des fruits			Desserts sucrés			
Des légumes			Croustilles			
Des produits laitiers			Chocolat			
Des féculents			Frites/Friture			
De la viande						

Vous arrive-t-il de vous servir une deuxième assiette?	Oui	Non
Vous arrive-t-il de manger la nuit	Oui	Non
Consommez-vous de l'alcool?	Oui	Non

Si **oui**, quelle quantité consommez-vous? : Par jour : \_\_\_\_\_ Par semaine : \_\_\_\_\_

Consommez-vous des drogues?	Oui	Non
Si <b>oui</b> , quelle quantité consommez-vous? : Par jour : _____ Par semaine : _____		

Vous arrive-t-il de consommer des boissons gazeuses?	Oui	Non
Si <b>oui</b> , quelle quantité consommez-vous par jour? _____ Diète et/ou Régulière		

Combien de temps en moyenne dure votre repas?

Combien de fois par semaine allez-vous au restaurant?

Quels sont vos types de restaurants habituels? Bouffe rapide : Familial (menu) : Buffet :

Vous arrive-t-il de manger des aliments et de ressentir une perte de contrôle?	Oui	Non
--	-----	-----

## Diabète

Êtes-vous diabétique?	Oui	Non
Si <b>oui</b> , prenez-vous vos glycémies?	Oui	Non

## Attentes et motivations

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