



\*380\*

N° dossier : \_\_\_\_\_

Nom : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

NAM : \_\_\_\_\_ Exp. : 20\_\_/\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  M  F  
Année Mois Jour

**COLLECTE DE DONNÉES PRÉOPÉRATOIRE  
CHIRURGIE BARIATRIQUE**

**Renseignements généraux**

Rencontre  Présentielle  Virtuelle  Téléphonique

Adresse courriel de l'utilisateur : \_\_\_\_\_

Nom du médecin référant : \_\_\_\_\_

Nom du médecin de famille : \_\_\_\_\_ Clinique : \_\_\_\_\_

En cas d'urgence, contacter : \_\_\_\_\_ Lien : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_ Cellulaire : \_\_\_\_\_

**Données anthropométriques**

Âge : \_\_\_\_\_ IMC : \_\_\_\_\_  
Poids : \_\_\_\_\_ Livres \_\_\_\_\_ Kilos Taille : \_\_\_\_\_ pieds \_\_\_\_\_ pouces \_\_\_\_\_ mètres  
Poids Max: \_\_\_\_\_ Livres \_\_\_\_\_ Kilos Min : \_\_\_\_\_ Livres \_\_\_\_\_ Kilos

**Signes vitaux**

TA : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Mm Hg Pouls : \_\_\_\_\_ bpm SpO<sub>2</sub> : \_\_\_\_\_ % Temp : \_\_\_\_\_ °C

**Allergies / Intolérances (inclure les sources alimentaires)**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Médication**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Nom de la pharmacie : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_ Télécopieur : \_\_\_\_\_

Profil DSQ au dossier et validé

**Produits naturels et médicaments en vente libre**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Antécédents chirurgicaux**

- Chirurgie abdominale \_\_\_\_\_
- Chirurgie bariatrique \_\_\_\_\_
- Autre chirurgie : \_\_\_\_\_

**Antécédents médicaux**

**Systeme digestif**

- Cirrhose \_\_\_\_\_
- Maladie inflammatoire de l'intestin \_\_\_\_\_
- RGO \_\_\_\_\_
- Dysphagie \_\_\_\_\_
- Hernie hiatale \_\_\_\_\_

**Endocrinologie**

- Diabète :  Type 1  Type 2 Depuis quand : \_\_\_\_\_ Suivi par : \_\_\_\_\_
- Prenez-vous de l'insuline?  Oui  Non
- Vos glycémies varient entre \_\_\_\_\_ et \_\_\_\_\_ mmol
- Hypothyroïdie  Hyperthyroïdie  \_\_\_\_\_

**Pneumologie**

- Asthme
- MPOC
- O2 à domicile : \_\_\_\_\_ L/min
- Apnée du sommeil  Investigation antérieure Date : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_
- Résultat négatif
- Apnée du sommeil :  Non appareillé  CPAP  BPAP
- O2 \_\_\_\_\_ Durée du port CPAP / BPAP : \_\_\_\_\_ h/nuit
- Si vous ne portez pas l'appareil, quelle est la raison : \_\_\_\_\_

**Gynécologie**

- Menstruations
- Hystérectomie
- Hormonothérapie
- Anovulant
- Stérilet

**Cardiologie**

- HTA
- DLP
- Angine
- Infarctus
- Arythmies
- Suivi cardio Lieu : \_\_\_\_\_  Chirurgie cardiaque : \_\_\_\_\_

**Hématologie**

- Anémie
- Thrombophlébite
- Coagulopathie
- Embolie pulmonaire

**Néphrologie**

- Lithiase rénale (nombre d'épisodes) \_\_\_\_\_
- Suivi en néphrologie Lieu : \_\_\_\_\_  IRC : \_\_\_\_\_

**Autres**

- Néoplasie  Douleur chronique
- Autre(s) condition(s) de santé : \_\_\_\_\_



**Histoire psychosociale et antécédents (suite)**

Avez-vous déjà été hospitalisé pour des raisons de santé mentale? o Non o Oui

Si oui, pour quelle(s) raison(s) et en quelles années : \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Avez-vous déjà fait une tentative de suicide ou eu des idées suicidaires? \_\_\_\_\_

Avez-vous un diagnostic en santé mentale : \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**Activité physique et exercice**

Oui De quel type? \_\_\_\_\_  
 À quelle fréquence? \_\_\_\_\_ Durée : \_\_\_\_\_  
 À quelle intensité?  Faible  Modérée  Élevée

Non Sur une échelle de 0 à 10, quelle est votre niveau de motivation à commencer à être plus actif dans votre quotidien (0 = pas de motivation, 10= motivation maximale) \_\_\_\_\_  
 Qu'est-ce qui vous empêche de faire de l'activité physique ? \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**Mobilité et motricité actuelle**

À la marche, j'utilise  Pas d'aide technique  Canne  Marchette  
 Déambulateur  Fauteuil roulant  Quadriporteur  
 Escaliers  n/a  Autonome  
 Avec main courante  sans main courante  
 Nombre de marche à domicile Intérieur : \_\_\_\_\_ Extérieur : \_\_\_\_\_  
 Moyen de transport  Marche  Autobus  Voiture  
 n/a  
 Métier / occupation \_\_\_\_\_  
 Travail  Actif  Sédentaire  Retraité  Arrêt de travail

**Habitudes de vie**

Sommeil Nombre d'heures de sommeil en moyenne / jour : \_\_\_\_\_  
 Insomnie :  Non  À l'occasion  Fréquent  
 Stress Comment décrivez-vous votre niveau de stress au quotidien ?  
 Faible  Modéré  Élevé  Constant  Fluctuant  Tolérable  
 Temps sédentaire (assis et couché sans être endormi) \_\_\_\_\_ h / jour  
 Temps d'écran (télévision, ordinateur, téléphone intelligent, tablette) \_\_\_\_\_ h / jour  
~~Désirez-vous discuter avec un kinésologue pour vous aider à optimiser des habitudes de vie?  Non  Oui~~  
~~Si oui, le(s) quel(s) ?  Sommeil  Stress  Sédentarité~~

Commentaires : \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_



\*380\*

N° dossier : \_\_\_\_\_

Nom : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

NAM : \_\_\_\_\_ Exp. : 20\_\_/\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  M  F  
Année Mois Jour

## COLLECTE DE DONNÉES PRÉOPÉRATOIRE CHIRURGIE BARIATRIQUE

### Nutrition

- Avez-vous déjà consulté une nutritionniste?     Non     Oui
- Avez-vous un trouble de comportement alimentaire diagnostiqué?     Non     Oui    Précisez : \_\_\_\_\_
- Avez-vous déjà essayé de perdre du poids     Non     Oui  
De quelle façon? \_\_\_\_\_  
À quand remonte le dernier essai? \_\_\_\_\_
- À quel âge votre gain de poids a-t-il débuté? \_\_\_\_\_
- Avez-vous déjà eu des variations de votre poids au cours des dernières années?     Non     Oui    De quelle façon? \_\_\_\_\_

### **Habitudes alimentaires**

- Mangez-vous au :     Déjeuner     Dîner     Souper
- Mangez-vous entre les repas (grignotage ou collations)?     Non     Oui    Combien de fois par jour ? \_\_\_\_\_
- Êtes-vous capable de laisser des restants dans votre assiette?     Non     Oui
- Vous arrive-t-il de vous lever pour manger la nuit?     Non     Oui
- Quelle quantité d'eau buvez-vous par jour (en ml)?    " 0-500    " 500-1000    " 1000-2000    " 2000 ou +
- Quelle quantité par jour en ml pour chacun ?    Eau gazéifié : \_\_\_\_\_    Jus : \_\_\_\_\_    Boisson gazeuse : \_\_\_\_\_
- Combien de temps en moyenne dure votre repas?    " 0-5min    " 5-10min    " 10-20min    " 20min+
- Combien de fois par semaine allez-vous au restaurant (inclure livraisons et service au volant)?    " 0-1    " 2-3    " 4+
- Quels sont vos types de restaurants habituels?     Restauration rapide     Buffet     Familial

### **Questionnaire de dépistage du Trouble d'accès Hyperphagique( provient du questionnaire BEDS-7)**

- Au cours des 3 derniers mois, avez-vous eu des épisodes d'hyperphagie excessive (c.-à-d. manger beaucoup plus que ce que la plupart des gens mangeraient dans une période similaire)?  
" Oui    " Non    NB : Si la réponse est non, les questions restantes ne s'appliquent pas.
- Vous sentez-vous en détresse à propos de vos épisodes d'hyperphagie excessive?  
" Oui    " Non

Nom : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

N° dossier : \_\_\_\_\_

**Test BEDS-7 (suite)**

**Au cours des 3 derniers mois**

Jamais/  
Rarement      Parfois      Souvent      Toujours

3. Au cours de vos épisodes d'hyperphagie excessive, à quelle fréquence avez-vous eu l'impression de n'avoir aucun contrôle sur votre alimentation (ex : ne pas être capable d'arrêter de manger, être incapable de s'empêcher de manger ou aller se servir à plusieurs reprises)?
4. Au cours de vos épisodes d'hyperphagie excessive, à quelle fréquence avez-vous continué de manger même si vous n'aviez plus faim?
5. Au cours de vos épisodes d'hyperphagie excessive, à quelle fréquence avez-vous été gênée par la quantité de nourriture que vous avez mangé?
6. Au cours de vos épisodes d'hyperphagie excessive, à quelle fréquence avez-vous été dégoûté de vous-même ou éprouvé de la culpabilité par la suite?
7. Au cours des 3 derniers mois, à quelle fréquence vous est-il arrivé de vous faire vomir afin de contrôler votre poids ou votre silhouette ?

**À quelle fréquence mangez-vous les aliments suivants?**

	Plusieurs fois / jour	Une fois / jour	Quelques fois / sem	Occasionnellement	Jamais
Viande, poulet	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Légumineuses, tofu, noix	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Poisson	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Légumes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Fruits	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Produits laitiers et substituts	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pain	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pommes de terre / riz	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pâtes alimentaires	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Desserts sucrés	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Chocolat	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Bonbons	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Chips	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Frites	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

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

---



---



---



---

Avez-vous des inquiétudes par rapport à votre alimentation après la chirurgie?

---



---

\_\_\_\_\_  
Signature du professionnel

\_\_\_\_\_  
Titre

\_\_\_\_\_  
No permis

Date : 20\_\_ / \_\_ / \_\_

## CHIRURGIE BARIATRIQUE