



www.abcd-chirurgie.fr
UNITE BARIATRIQUE

NOM :	PRENOM:
DATE DE NAISSANCE :	
ADRESSE :	
N° TELEPHONE :	
MEDECINS CORRESPONDANTS :	
• Médecin traitant :	
• Spécialistes :	

CONSULTATION EXTERNE : Dr, DATE :
MOTIF DE CONSULTATION :...obésité grade I, II ou III
Indice de Masse Corporelle (IMC): <35, entre 35 et 40, >40)

BILAN :		DATE :
CS ANESTHESIE.....	Oui / non	.../.../...
CS ENDOCRINOLOGUE.....	Oui / non	.../.../...
CS PSYCHIATRE.....	Oui / non	.../.../...
CS DIETETIQUE.....	Oui / non	.../.../...
CS GASTROENTEROLOGUE.....	Oui / non	.../.../...
CS PNEUMOLOGUE.....	Oui / non	.../.../...
CS CARDIOLOGUE.....	Oui / non	.../.../...

FICHE ANTECEDENTS

CHIRURGICAUX :

- Chirurgie abdominale (opérations anciennes)

.....

- Autres opérations

.....

MEDICAUX (maladies nécessitant un traitement):

Pathologies associées à l'obésité (bilan des comorbidités)

HTA	Oui / non
Traitement	1, 2 ou 3
DiD (diabète)	Oui / non
DNiD	Oui / non
Durée (an)	0 à 10
Hb Gliquée	...

Apnée sommeil	?/Oui/ non
Appareillage	Oui / non
Dyspnée	Oui / non
Ronflements	Oui / non
Reflux	Oui / non
Fibroscopie	Oui / non

Dépression	Oui / non
Traitement	Oui / non
Arthrose	Oui / non
Tendinites	Oui / non
Varices	Oui / non
Phlébites	Oui / non

HISTOIRE de l'OBESITE :

Début : (en année).....Circonstances déclenchantes :

Habitudes alimentaires :

Hyperphagie (grosses quantités)	Oui / non
grignotage	Oui / non
boulimie	Oui / non
Faim permanente	Oui / non

vomissements	Oui / non
Alimentation sucrée	Oui / non
Alimentation salée	Oui / non
Repas déstructurés	Oui / non

ANTECEDENTS FAMILIAUX de l'OBESITE :

	Obésité	Remarques (état de santé)
père	Oui / non	
mère	Oui / non	
Frères /sœurs	Oui / non	
Oncles / tantes	Oui / non	
conjoints	Oui / non	

GYNECO-OBSTETRIQUE :

ALLERGIE :

TABAC :

ALCOOL :

PROFESSION : (et niveau d'étude)

Situation particulière (Allocation Adulte Handicapé, CMU, ...) :

TRAITEMENT HABITUEL :

TRAITEMENTS AMAIGRISSANTS (Régimes):

		Perte maxi	Remarques
Régime	Oui / non		
Thérapie de groupe	Oui / non		
Médicaments	Oui / non		
Hospitalisation	Oui / non		
Diététicienne	Oui / non		
Suivi psychologique	Oui / non		

EXERCICE PHYSIQUE:

		Commentaires
Marche	Oui / non	
Sport	Oui / non	
Handicap	Oui / non	

AGE :

TAILLE :

EXAMEN CLINIQUE :

OBESITE : Globale Gynoïde Androïde

	Kg	IMC (Kg/m2)	remarques
Poids actuel			
Poids maximum			
Poids idéal			

BIOLOGIE (< d'un an):

Bilan bio fait	Oui / non / incomplet
Carences	Oui / non
Traitement	Oui / non

ECHOGRAPHIE (< d'un an) :

ECHO faite	Oui / non/ inutile
calcul	Oui / non
Stéatose	Oui / non

FIBROSCOPIE (< d'un an) :

Fibroscopie faite	Oui / non/ inutile
Présence d'Helicobacter (HP)	Oui / non
Traitement d'HP	Oui / non
Contrôle éradication d'HP	Oui / non

FACTEURS DE RISQUE DE LA CHIRURGIE :

(risque faible score de 0 à 1, risque moyen de 2 à 3, risque élevé de 4 à 5):

- IMC \geq 50 kg/m²
- Sexe masculin,
- Âge \geq 45 ans
- Hypertension artérielle,
- Risque thrombo-embolique
- **SCORE :0 à 5**

IMC	Oui / non
SEXE	Oui / non
AGE (>45)	Oui / non
HTA	Oui / non
Embolie	Oui / non

INTERVENTION SOUHAITEE (par le patient)

- Anneau gastrique.....
- Gastrectomie en manchon (SLEEVE).....
- By-Pass en OMEGA.....
- By-passen Y.....
- Duodéal switch.....

CONCLUSIONS :

COMPLEMENT DE BILAN A PREVOIR :

DISCUSSION AU STAFF MULTIDISCIPLINAIRE DE :

(Ces réunions ont lieu le lundi. La date est fixée par le chirurgien)

TYPE D'INTERVENTION PRECONISEE (par le chirurgien) :

DATE OPERATOIRE :

(sous réserve de la validation du staff multidisciplinaire)

NOTE :

- **Ne pas remplir la zone grisée (zone réservée à la conclusion du médecin)**
- **Le remplissage des facteurs de risques de l'opération est purement indicatif. Il n'y pas en chirurgie de risque 0. Les antécédents de chirurgie de l'obésité (anneau, by-pass, sleeve, etc...) sont également des facteurs de risques supplémentaires à prendre en compte.**
- **Le type d'intervention choisie par le patient ne sera pas forcément réalisé. le chirurgien reste décisionnel sur ce choix qui dépend de beaucoup de facteurs.**
- **Si vous avez des difficultés à remplir ce questionnaire faites vous aider par votre médecin traitant ou par un membre du personnel médical ou paramédical.**
- **Une fois rempli ce document est à scanner et à renvoyer par mail a chirurgie.digestive.22@gmail.com, par FAX au 02.57.24.03.09 ou par courrier au Secrétariat de Chirurgie Digestive 10 rue François Jacob, CS 40702, 22198 PLERIN**