



QUESTIONNAIRE D'ÉVALUATION TRAITEMENT MÉDICAL DE L'OBÉSITÉ

Courriel : _____ Régime d'assurance : privé RAMQ

HISTOIRE PSYCHOSOCIALE

Scolarité : _____

Emploi : _____

Veillez cocher ce qui correspond à votre situation :

marié(e) célibataire séparé(e) divorcé(e) veuf(ve) conjoint(e)

Nombre d'enfant(s) et âge : _____

Veillez cocher ce qui correspond à votre type de domicile :

maison logement condo chambre autre : _____

Avez-vous vivez-vous ? _____

Est-ce que gens dans votre famille souffrent d'obésité ? oui non

Est-ce que gens dans votre famille ou dans votre entourage ont déjà subi une chirurgie bariatrique ? oui non

Avez-vous déjà envisagé d'avoir une chirurgie pour traiter votre obésité ? oui non

Source de revenu : au travail aide sociale CNESST rente d'invalidité retraité

Difficulté financière : oui, _____ non

HISTOIRE DE POIDS / RÉGIME

Poids actuel : _____ Taille actuelle : _____

À quelle fréquence vous pesez-vous ? _____

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

Est-ce qu'un événement particulier dans votre vie a précipité le gain de poids selon vous ? oui non

Si oui, quel événement ? _____

Quel a été le poids maximal atteint et à quel âge ? _____

Quel a été le poids le plus bas atteint à l'âge adulte (précisez l'âge) ? _____

Est-ce que votre poids est stable ? oui non

Si oui, depuis combien de temps ? _____

Avez-vous déjà fait des tentatives de perte de poids ? oui non

Si oui, qu'avez-vous tenté (nom du régime et perte de poids associée) ? _____

HISTOIRE DE POIDS / RÉGIME (suite)

Suivez-vous un régime particulier présentement ? oui non

Si oui, lequel : _____

Avez-vous déjà rencontré une nutritionniste ? oui non

Si oui, quel était l'objectif ? _____

Avez-vous déjà eu une chirurgie bariatrique ? oui non

Si oui, laquelle ? _____

Avez-vous déjà pris un médicament prescrit pour perdre du poids ? oui non

Si oui, quel(s) médicament(s) avez-vous déjà tenté ?

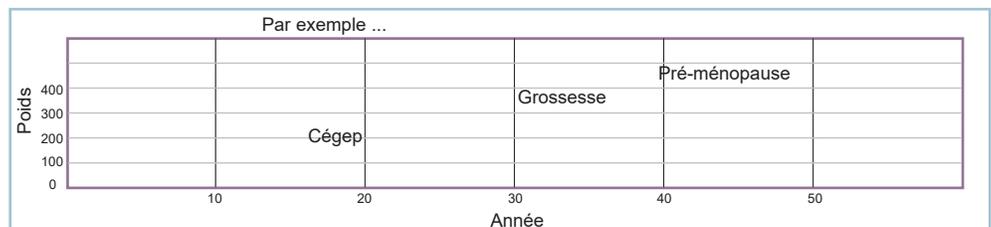
Avez-vous eu des effets secondaires ? oui non

Précisez au besoin :

Quelle avait été la perte de poids entraînée par la prise de médicament(s) ?

Comment votre poids a-t-il changé au fil de temps ?

Racontez l'histoire de votre vie à travers l'histoire de votre poids



Commentaires :



QUESTIONNAIRE D'ÉVALUATION TRAITEMENT MÉDICAL DE L'OBÉSITÉ

HISTOIRE ALIMENTATION

Mangez-vous chaque jour un :

Déjeuner oui non

Dîner oui non

Souper oui non

Précisez l'heure des repas :

Déjeuner : _____

Dîner : _____

Souper : _____

Vous arrive-t-il de vous servir une deuxième assiette ? oui non

Mangez-vous entre les repas ? oui non

Si oui, combien de fois par jour ? _____

Mangez-vous chaque jour :

Des fruits oui non

Des légumes oui non

Des produits laitiers oui non

Des féculents oui non

De la viande oui non

Participez-vous à la préparation des repas ? oui non

À quelle fréquence consommez-vous les aliments suivants :

	Jamais	À l'occasion (moins d'une fois par semaine)	Quelques fois par semaine	À tous les jours
Desserts sucrés (gâteaux, biscuits, tartes, etc.)				
Croustilles				
Chocolat ou bonbons				
Friture (frites, poutine, poulet frit, etc.)				
Boisson gazeuses / énergisantes				
Jus				
Restauration rapide (Tim Hortons, McDonald, etc.)				
Restaurants				
Mets préparés				

HISTOIRE ALIMENTATION (suite)

Dans le dernier 24 heures, qu'avez-vous mangé et bu pour...

Déjeuner : _____

Dîner : _____

Souper : _____

Collations / grignottage : _____

Si vous aviez à donner une note à votre équilibre alimentaire, quelle note vous donneriez vous ?

Non équilibrée 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 **Équilibrée**

Qu'est-ce qui serait à améliorer dans votre alimentation selon-vous ?

Ressentez-vous vos signaux de faim ? oui non

Combien de temps en moyenne dure vos repas ? _____

Vous arrive-t-il de manger la nuit ? oui non

Vous arrive-t-il d'avoir des fringales difficiles à contrôler ? oui non

Vous arrive-t-il de manger lorsque vous vous sentez stressé, triste, joyeux ou anxieux ? oui non

Vous arrive-t-il de manger une grande quantité de nourriture en peu de temps ? oui non

Vous arrive-t-il d'avoir un sentiment de perte de contrôle en lien avec la consommation de nourriture ? oui non

Vous arrive-t-il de manger jusqu'à se sentir inconfortable ? oui non

Vous arrive-t-il de manger seul car vous ressentez de la gêne par rapport à la quantité de nourriture que vous consommez ? oui non

Vous arrive-t-il de faire des choses particulières pour contrôler votre poids (exmeples : laxatifs, sirop Ipéca, diurétiques, médicaments, produits achetés en vente libre et/ou vomissements provoqués) ?

Consommez-vous de l'alcool ? oui non

Si oui, combien de consommation par jour : _____ par semaine : _____

Consommez-vous des drogues (incluant le cannabis) ? oui non

Si oui lesquelles ? _____

Si oui, combien de consommation par jour : _____ par semaine : _____

Combien de café / thé buvez-vous par jour ? _____

Qu'est-ce que vous avez l'habitude de mettre dans votre café / thé (précisez la quantité) ? _____



QUESTIONNAIRE D'ÉVALUATION TRAITEMENT MÉDICAL DE L'OBÉSITÉ

HISTOIRE ALIMENTATION (suite)

Pratiquez-vous de l'activité physique ? oui non

Si oui, lesquelles ? _____

À quelle fréquence (durée et combien de fois par semaine) ?

Si non, quelles sont les barrières que vous avez à pratiquer de l'activité physique ?

HISTOIRE DE SANTÉ

Cochez ce qui correspond à votre état de santé

Trouble endocrinien :

Diabète

Vous avez un début de diabète traité avec la diète seule

Votre diabète est traité avec des comprimés

Votre diabète est traité avec des médicaments injectables

insuline autre : _____

Hypothyroïdie

Syndrome de Cushing

Syndrome des ovaires polykystiques

Infertilité

Commentaires :

Apnée du sommeil :

Possible si vous avez un de ces symptômes

Ronflements importants

Somnolence au cours de la journée

Éveils fréquents la nuit

Fatigue au réveil

Mal de tête au réveil

Diagnostiqué, mais vous ne portez pas l'appareil prescrit

Diagnostiqué et vous portez l'appareil prescrit (CPAP ou BPAP)

Commentaires :

HISTOIRE DE SANTÉ (suite)

Maladie cardiovasculaire :

- Hypertension artérielle
- Problème de cholestérol
- Troubles du rythme (exemple : fibrillation ariculaire, etc.)
- Angine, infarctus, tuteur(s) ou pontage(s)
- AVC

Commentaires :

Problèmes musculosquettiques :

- Douleurs articulaires (exemple : genoux, chevilles, hanches, etc.)
- Arthrose

Commentaires :

Problèmes de santé mentale :

- TDAH
- Dépression
- Syndrome d'épuisement professionnel
- Anxiété
- Troubles de personnalité (exemple : trouble de la personnalité limite, etc.)
- Troubles alimentaires (exemple : boulimie, hyperphagie boulimie, etc.)
- Hospitalisation(s) pour troubles de santé mentale

Commentaires :

INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES

Quelle est votre perception globale de votre image corporelle ?

Éprouvez-vous des difficultés en lien avec votre obésité ? oui non

Si oui, lesquelles : _____

À combien évalueriez-vous votre motivation à entreprendre des démarches (changement des habitudes de vie, prise de médication, suivi avec les professionnels de la santé) pour traiter votre obésité ?

Faible 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 **Élevée**

Avez-vous des craintes en lien avec les démarches de prise en charge d'obésité ?

Quel est votre niveau de confiance en vous même pour réussir à perdre du poids ?

Faible 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 **Élevée**

Quels sont les objectifs que vous souhaitez atteindre au terme de la prise en charge de votre obésité ?



QUESTIONNAIRE D'ÉVALUATION TRAITEMENT MÉDICAL DE L'OBÉSITÉ

INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES (suite)

Quelles sont vos attentes envers les professionnels de la santé dans la prise en charge de votre obésité ?

Afin de nous permettre de mieux se préparer à votre consultation, vous devez :

- Avoir rempli ce questionnaire dans son intégralité
- Vous assurer que vos prises de sang aient été effectuées au préalable

Vous pouvez acheminer le questionnaire à l'adresse suivante : medecinebariatrique.iucpq@ssss.gouv.qc.ca
ou au numéro suivant : 418-656-4854

Signature de l'utilisateur : _____

Date :

Année				Mois			Jour		