



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

Acheminer la demande à :

Clinique externe de chirurgie bariatrique

Télécopieur : 450 431-8279

Courriel : ce.chirurgie.bariatrique.HDSJ.cissslau@ssss.gouv.qc.ca

Conditions préalables à une chirurgie bariatrique :

- Être âgé entre 18 et 65 ans.
- Avoir un IMC supérieur ou égal à 30 kg/m² avec diabète de type II
ou
Avoir un IMC supérieur ou égal à 35 kg/m² avec problèmes de santé associés
ou
Avoir un IMC supérieur ou égal à 40 kg/m² avec ou sans comorbidité.
- Avoir tenté sans succès de perdre du poids, selon une méthode traditionnelle.
- Être prêt à s'investir dans un suivi avec notre établissement en préopératoire et 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.
- Être prêt à cesser l'usage du tabac et du cannabis.

Contre-indications relatives à une chirurgie bariatrique :

- Trouble de santé mentale aigu ou instable
- Dépendance à l'alcool ou aux drogues

J'ai pris connaissance des conditions préalables et des contre-indications relatives à une chirurgie bariatrique.

IMPORTANT

TOUTES les cases de la section *Identification* doivent être remplies

1. Identification

Nom à la naissance : _____ Date de naissance (aaaa/mm/jj) : _____

Prénom : _____ Numéro d'assurance maladie : _____

Adresse : _____

Ville : _____ Province : _____ Code postal : _____

Téléphone Domicile : _____ Cellulaire : _____ Travail : _____

Adresse courriel : _____

Nom et profession du référent : _____

Nom :

Prénom :

Dossier :

2. Renseignements cliniquesPoids : _____ kg lbsTaille : _____ cm po

IMC : _____

 L'utilisateur a déjà subi une chirurgie bariatrique (ou vers le) (aaaa/mm/jj) : _____

Type de chirurgie : _____

Chirurgien : _____

Établissement : _____

Cocher ce qui correspond à l'utilisateur	Commentaires
<input type="checkbox"/> Apnée du sommeil (<i>sévérité</i>) : _____ L'utilisateur est-il traité au moyen d'un CPAP ou BiPAP? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non N.B. Le dépistage de l'apnée du sommeil est recommandé si l'utilisateur n'a pas fait d'étude du sommeil. <input type="checkbox"/> Formulaire Outil d'évaluation de l'apnée obstructive du sommeil (AOS) – STOP BANG – FP-CISS-6474 (disponible sur l'Espace clinique) joint à la demande	
<input type="checkbox"/> Maladie coronarienne	
<input type="checkbox"/> Antécédent d'embolie pulmonaire	
<input type="checkbox"/> Thérapie antiplaquettaire (excepté ASA) ou anticoagulant en cours	
<input type="checkbox"/> Diabète de type I ou II L'utilisateur est-il sous insulinothérapie? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
<input type="checkbox"/> Problèmes ostéoarticulaires L'utilisateur est-il en attente d'une chirurgie orthopédique? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
<input type="checkbox"/> Insuffisance rénale modérée à sévère L'utilisateur est-il en attente d'une greffe rénale? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
<input type="checkbox"/> Trouble alimentaire connu	

Autres informations pertinentes :

Nom de l'intervenant	Signature	Permis	aaaa/mm/jj