INSTITUT UNIVERSITAIRE
DE CARDIOLOGIE
ET DE PNEUMOLOGIE
DE QUÉBEC
UNIVERSITÉ LAVAL

Nom : _____
Prénom : _____
Date de naissance : _____
NAM : _____
Ville: _____
Téléphone: _____

DEMANDE DE SERVICES EN OBÉSITÉ MÉDECINE ET CHIRURGIE BARIATRIQUE

Courriel de l'usager :

Poids actuel : _____ kg Taille : _____ cm IMC : _____ kg/m^2

Nom du médecin/IPS référent :_____ No de permis : _____

Spécialité :_____ No de télécopieur : _____

Prise en charge tertiaire de l'obésité dans le but d'améliorer le contrôle des maladies chroniques existantes et réduire la morbidité associée à l'obésité à l'aide d'une pharmacothérapie, d'une prise en charge multidisciplinaire ou de chirurgie bariatrique.

DEMANDE INITIALE

L'usager référé doit présenter un des critères ci-dessous d'admissibilité au programme:

☐ **IMC 35 et plus OU**

☐ **IMC plus de 30 avec au moins une comorbidité** (à indiquer dans la section "antécédents: comorbidités")

La meilleure option de traitement pour l'usager sera déterminée après l'évaluation du dossier.

Veuillez indiquer si l'usager est ouvert : à un traitement chirurgical : ☐ oui ☐ non

à un traitement médical : ☐ oui ☐ non

☐ Demande d'optimisation du traitement de l'obésité d'un usager en attente de chirurgie ou d'une greffe

Poids visé : _____ Type d'intervention : _____

DEMANDE DE RÉINTÉGRATION

Une réintégration est possible pendant les 5 années qui suivent la participation au volet médical ou chirurgical dans notre centre. Au-delà de ce délai, la demande sera traitée comme une demande initiale.

☐ Regain de poids d'au moins 15% du poids total perdu, ou perte de poids insuffisante après :

☐ une chirurgie bariatrique

☐ un suivi en médecine bariatrique.

Pour être admissible l'IMC actuel doit être de plus de 27.

Poids avant chirurgie : _____ Poids minimal atteint : _____

Nécessité de réévaluation pour :

☐ RGO réfractaire post-chirurgie ☐ Hernie incisionnelle

☐ Évaluation en **médecine bariatrique** post chirurgie bariatrique pour:

☐ Néphrolithiases ☐ Ostéoporose ou fracture post-chirurgie bariatrique ☐ Hypoglycémies

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES (VEUILLEZ INDIQUER TOUS LES ÉLÉMENTS S'APPLIQUANT À L'USAGER)

ANTÉCÉDENTS : COMORBIDITÉS PRÉSENTES

Digestif	☐ Stéatose hépatique modérée à sévère ☐ RGO sévère ☐ Cirrhose NASH
Cardiovasculaire	☐ Insuffisance cardiaque ☐ Hypertension artérielle ☐ MCAS ☐ Dyslipidémie ☐ Fibrillation auriculaire récurrente ☐ Embolie pulmonaire ☐ Hypertension pulmonaire ☐ Thrombose veineuse profonde récurrente
Respiratoire	☐ Apnée du sommeil : ☐ avec utilisation du CPAP ☐ sans utilisation du CPAP ☐ Syndrome d'hypoventilation avec Bipap ou oxygène ☐ Hypopnée
Endocrinien	Diabète de type 2 HbA1c : _____ ☐ Traité avec hypoglycémiants ☐ Traité avec insuline ☐ Insuffisance rénale chronique

ANTÉCÉDENTS: COMORBIDITÉS PRÉSENTES (SUITE)	
Orthopédie	☐ Problèmes mineurs (anti-inflammatoires oraux ou infiltration, limitation des AVQ/AVD) ☐ Problèmes majeurs (incapacité totale, invalidité au travail malgré l'usage de médicaments narcotiques ou anti-inflammatoires, attente de chirurgie orthopédique)
Neurologie	☐ Hypertension intracrânienne idiopathique/ Pseudotumor cerebri
Gynécologie	☐ Infertilité avec désir de grossesse chez la femme ☐ Hypogonadisme masculin
Autre	☐ Lymphoedème des membres inférieurs avec douleur et diminution de la mobilité ☐ Arthrose hanche et genou ☐ Limitations significatives dans la réalisation des activités quotidiennes ☐ Incontinence urinaire chronique

AUTRES ANTÉCÉDENTS
☐ Trouble de santé mentale, préciser : _____ Condition stable depuis au moins 6 mois : ☐ non ☐ oui
☐ Diabète de type 1 HbA1c : _____
☐ Syndrome d'obésité génétique connu ou suspecté
☐
☐
☐

TRAITEMENT(S) ANTÉRIEUR(S) DE L'OBÉSITÉ	
Chirurgie bariatrique	Évaluation antérieure par une équipe de chirurgie bariatrique : ☐ Non ☐ Oui Si oui, est-ce qu'une chirurgie a été réalisée : ☐ Non ☐ Oui Si non, préciser les raisons et le lieu du refus de chirurgie : _____ Si oui, préciser le type de chirurgie ☐ anneau ☐ gastrectomie ☐ dérivation gastrique en Y-de-Roux ☐ dérivation biliopancréatique, la date de la chirurgie : _____ et le lieu : _____
Prise en charge médicale de l'obésité	Traitement médical antérieur ? ☐ Non ☐ Oui, date de début: _____ date de fin (si applicable): _____ et nom de la molécule : _____ Commentaires sur la tolérance et la perte de poids : _____

CONTRE-INDICATIONS ABSOLUES AU PROGRAMME MÉDICO-CHIRURGICAL DU TRAITEMENT DE L'OBÉSITÉ

1. Trouble de santé mentale aigu ou instable ou hospitalisation pour raisons psychologiques au cours des 6 derniers mois.
2. Cancer majeur récent (menaçant le pronostic vital, au cours des 2 dernières années) avec un traitement actif
3. Grossesse active ou grossesse planifiée dans la prochaine année en absence de problème de fertilité
4. Dépendance à l'alcool et aux drogues non prise en charge par des professionnels.
5. Cirrhose Child C.

☐ **Je confirme l'absence de contre-indication absolue** Initiales du médecin : _____

Il est à noter que pour la chirurgie bariatrique, en cas de tabagisme actif, un arrêt complet sera exigé avant l'accès à nos soins et services.

Acheminer la demande de consultation par télécopieur au 418-656-4611 ou à l'adresse courriel : iucpq.chxbariatrique@ssss.gouv.qc.ca. Veuillez noter que les formulaires incomplets vous seront retournés.

☐ **Autorisation de communiquer avec l'usager par courriel obtenue auprès de celui-ci.**

Nom du professionnel : _____ **N° de permis :** _____
En lettres moulées

Signature du professionnel : _____ **Date :** Année | Mois | Jour | Heure :

SOUMETTRE LE FORMULAIRE