



INSTITUT UNIVERSITAIRE
DE CARDIOLOGIE
ET DE PNEUMOLOGIE
DE QUÉBEC
UNIVERSITÉ LAVAL



CP4270

Nom : _____
Prénom : _____
Date de naissance : _____
NAM : _____
Adresse : _____
Téléphone : _____
Courriel : _____

DEMANDE DE SERVICES EN OBÉSITÉ MÉDECINE ET CHIRURGIE BARIATRIQUE

Poids actuel : _____ kg Taille : _____ cm IMC : _____ kg/m²
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'utilisateur 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'utilisateur sera déterminée après l'évaluation du dossier. Veuillez indiquer la préférence de l'utilisateur. **Traitement chirurgical** : ☐ 1er choix 2e choix Refus chirurgie

Traitement médical : ☐ 1er choix 2e choix Refus (traitement déjà en cours / incapacité à payer la médication / autre)

☐ 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 ☐ Dyslipidémie ☐ Hypertension pulmonaire	☐ Hypertension artérielle ☐ Fibrillation auriculaire récurrente ☐ Thrombose veineuse profonde récurrente	☐ MCAS ☐ Embolie pulmonaire
Respiratoire	☐ Apnée du sommeil : ☐ avec utilisation du CPAP ☐ Syndrome d'hypoventilation avec Bipap ou oxygène	☐ sans utilisation du CPAP ☐ Hypopnée	
Endocrinien	Diabète de type 2 HbA1c : _____ ☐ Traité avec hypoglycémifiants ☐ 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'utilisateur par courriel obtenue auprès de celui-ci.									
Nom du professionnel : _____ N° de permis : _____ En lettres moulées Signature du professionnel : _____ Date : <table style="display: inline-table; border-collapse: collapse; font-size: x-small;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; text-align: center;">Année</td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; text-align: center;">Mois</td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; text-align: center;">Jour</td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; text-align: center;">Heure</td> </tr> <tr> <td style="border: 1px solid black; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; height: 20px; text-align: center;">:</td> </tr> </table>		Année	Mois	Jour	Heure				:
Année	Mois	Jour	Heure						
			:						