

# CLINIQUE INTERDISCIPLINAIRE BARIATRIQUE

## ENGAGEMENT DU PARTICIPANT

Nom et prénom à la naissance

Date de naissance (AAAA-MM-JJ)

### 1- MISSION DU PROGRAMME

La chirurgie de l'obésité, appelée chirurgie bariatrique, est reconnue comme un traitement efficace de la maladie de l'obésité morbide. Ainsi, les usagers souffrant d'obésité peuvent bénéficier des soins de spécialistes renommés et du savoir-faire d'une équipe multidisciplinaire qui assure les services pré, per et postopératoires, dans un souci d'efficacité.

### 2- LES SERVICES OFFERTS

Tout au long du programme, vous serez suivi par une équipe qualifiée et professionnelle composée de chirurgiens, d'infirmières, de nutritionnistes, de travailleurs sociaux, d'inhalothérapeutes, d'anesthésiologistes, et possiblement, d'internistes, de psychiatres et de psychologues.

Ensemble, ils établiront, selon votre situation biopsychosociale, si vous êtes un bon candidat à la chirurgie bariatrique et quel type de chirurgie convient le mieux à votre état de santé. Ils assureront la coordination de votre suivi à court, moyen et long terme après l'opération.

### 3- LES SÉANCES ET LA DURÉE DU PROGRAMME

**Notez qu'en raison de certaines restrictions hors de notre contrôle (p. ex : situation(s) imprévue(s) en contexte de pandémie), les périodes ou les délais mentionnés dans ce document peuvent fluctuer selon l'évolution de la situation de santé publique.**

Selon vos besoins et examens demandés, chacun des professionnels impliqués peut vous rencontrer à une ou plusieurs reprises. Vous aurez donc à vous déplacer à l'Hôpital Le Royer ou dans l'une des installations du Centre intégré de santé et de services sociaux de la Côte-Nord, s'il s'agit d'une rencontre pouvant se tenir par téléphone ou autre(s) média(s) électronique(s).

Le programme préopératoire peut s'étaler sur une période de trois (3) à douze (12) mois, selon votre situation.

Après la chirurgie, des ressources seront disponibles selon vos besoins, en fonction des difficultés rencontrées, et il est possible que vous ayez à vous déplacer afin de bénéficier d'un suivi adéquat, notamment s'il y a des complications.

De nombreuses personnes nécessitent les soins et les services du programme de chirurgie bariatrique et les ressources sont limitées. Votre collaboration est donc essentielle au succès du programme.

**Je soussigné(e), \_\_\_\_\_, à titre de participant(e), accepte les conditions du Programme de clinique interdisciplinaire bariatrique du Centre intégré de santé et de services sociaux de la Côte-Nord, Hôpital Le Royer, détaillées ci-dessous.**

#### Je m'engage à :

- 1- Respecter le processus établi par l'équipe soignante (fréquence d'évaluations et des suivis) ainsi que les recommandations (nutrition, cessation tabagique, perte de poids, etc.) émises par les différents intervenants dès la prise en charge.
- 2- Fournir tous les renseignements et documents requis dans les délais spécifiés par l'équipe soignante (ex. : rapport de compliance, journal alimentaire, BES, etc.).
- 3- Aviser l'équipe de tout changement de mon état de santé, d'adresse ou de coordonnées téléphoniques en appelant au 418 589-3701, poste 302617.
- 4- Me déplacer à l'Hôpital Le Royer ou à tout point de service indiqué du CISSS de la Côte-Nord par l'équipe soignante pour tous les rendez-vous requis dans le cadre du processus bariatrique.

<b>Nom :</b>	<b>N° dossier :</b>
--------------	---------------------

- 5- Me présenter à l'heure à chacun de ces rendez-vous et aviser l'équipe soignante de mon retard dans un délai raisonnable, en téléphonant au 418 589-3701, poste 302617.

Concernant la gestion de non-disponibilité liée à la circulaire ministérielle (01-02-10.01-2021-007) mise à jour en mars 2021, je comprends que :

- ✓ **Trois (3) reports ou refus d'une date d'intervention, d'examen ou de consultation pour des raisons de non-disponibilité personnelle**<sup>i</sup> entraîneront automatiquement le retrait de mon nom de la liste d'attente. Pour le premier et le deuxième refus ou report, ils seront consignés à mon dossier et je serai avisé(e) des modalités de la circulaire. Au troisième refus ou report, l'établissement m'avisera que mon nom est retiré de la liste d'attente et qu'il est nécessaire de revoir le médecin requérant afin de réévaluer la pertinence et la priorité de cette demande. Je recevrai une confirmation écrite de ce retrait et le médecin requérant sera aussi informé.
  - ✓ **Absence à un rendez-vous (no show)**<sup>ii</sup> : à la première absence, je serai rejoint(e) afin d'être informé(e) des modalités de la circulaire. L'absence est consignée au dossier et une nouvelle date me sera offerte. À la deuxième absence, je serai avisé(e) par écrit que mon nom est retiré de la liste d'attente et qu'il est nécessaire de revoir le médecin requérant afin de réévaluer la pertinence et la priorité de cette demande. Je recevrai une confirmation écrite de ce retrait et le médecin requérant sera aussi informé.
  - ✓ **Incapacité à rejoindre l'usager par l'équipe de la clinique interdisciplinaire bariatrique et ses intervenants reliés.** Si l'équipe soignante n'arrive pas à me joindre après **trois (3) tentatives téléphoniques, à différents moments de la journée, à l'intérieur d'une période de deux (2) semaines**, une lettre me sera transmise pour me signifier la nécessité de communiquer avec l'équipe dans un délai maximal de trente (30) jours suivant la date d'envoi de la correspondance. Si aucun retour de ma part n'est effectué à l'intérieur de ces trente (30) jours, mon nom sera retiré de la liste d'attente automatiquement.
- 6- Collaborer de façon respectueuse avec tous les membres de l'équipe soignante, du personnel médical et hospitalier. Aucune violence verbale ou comportement inapproprié ne sera toléré au sein de la clinique interdisciplinaire bariatrique.

**De plus, je consens à ce que :**

- 7- Des prélèvements sériques ou urinaires me soient faits afin de dépister la consommation de drogues ou de tabac, de manière aléatoire, dans le cadre de la préparation préopératoire.

Si je désire soumettre mon dossier à nouveau, je devrai refaire le processus au complet, incluant la durée d'attente initiale.

### SIGNATURES

Date : \_\_\_\_\_ Heure : \_\_\_\_\_ Signature du participant : \_\_\_\_\_  
AAAA / MM / JJ

Date : \_\_\_\_\_ Heure : \_\_\_\_\_ Signature du témoin : \_\_\_\_\_  
AAAA / MM / JJ

<sup>i</sup> Toutes raisons d'indisponibilité de l'usager autre que celles médicales, hospitalières ou administratives.

<sup>ii</sup> *No show* : Un usager qui ne se présente pas à son rendez-vous sans qu'il y ait eu d'annulation ou de report de sa part. Il est question ici d'usagers qui avaient confirmé leur présence à un rendez-vous.