

**CLINIQUE INTERDISCIPLINAIRE BARIATRIQUE**  
**QUESTIONNAIRE**  
**ÉVALUATION DE VOTRE ÉTAT DE**  
**SANTÉ PHYSIQUE, PSYCHOSOCIAL**  
**ET NUTRITIONNEL**

N° de dossier

Nom et prénom à la naissance

Date de naissance (AAAA-MM-JJ)

**DÉTRUIRE AU DÉPART DE L'USAGER (À LA FIN DE LA PRESTATION DE SERVICE)**

**GÉNÉRALITÉS**

Nom : \_\_\_\_\_ Date de naissance : \_\_\_\_\_  
Prénom : \_\_\_\_\_ No carte assurance maladie : \_\_\_\_\_  
Adresse : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_  
Province : \_\_\_\_\_ Code postal : \_\_\_\_\_  
Téléphone : Domicile : \_\_\_\_\_ Travail : \_\_\_\_\_ Cellulaire : \_\_\_\_\_  
Courriel : \_\_\_\_\_ Autre : \_\_\_\_\_  
Médecin référant : \_\_\_\_\_  
Adresse de sa clinique : \_\_\_\_\_  
Avez-vous déjà subi une chirurgie pour l'obésité ?  Oui  Non  
Si oui, date : \_\_\_\_\_ Nom du chirurgien qui vous a opéré : \_\_\_\_\_  
Dans quel domaine travaillez-vous ou étudiez-vous ? \_\_\_\_\_

**DONNÉES SUR VOTRE ÉTAT DE SANTÉ**

Poids : \_\_\_\_\_ lb \_\_\_\_\_ kg Taille : \_\_\_\_\_ pieds \_\_\_\_\_ pouces \_\_\_\_\_ mètres

**Cochez ce qui correspond à votre état de santé. Ajoutez des commentaires au besoin**

**Diabète**

Êtes-vous diabétique ?  Oui  Non Si oui, depuis quand : \_\_\_\_\_

Si **oui**, prenez-vous vos glycémies ?  Oui  Non

Vous avez un début de diabète traité avec diète (pas de médicaments pour le moment)

Votre diabète est traité seulement avec des comprimés

Votre diabète est traité à l'insuline avec ou sans comprimés

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)

Diagnostiqué mais vous ne portez pas l'appareil prescrit  
Raison pour laquelle vous ne portez pas l'appareil : \_\_\_\_\_

Diagnostiqué et vous portez l'appareil prescrit (CPAP ou BPAP)  Oui  Non  
Si **oui**, procurez-vous une copie de votre rapport de compliance pour compléter votre dossier

Commentaires : \_\_\_\_\_

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

<b>Maladie cardiaque</b>	
<input type="checkbox"/>	Un médecin a confirmé que vous faites de l'angine
<input type="checkbox"/>	Un médecin a confirmé que vous faites des troubles du rythme cardiaque (arythmie)
<input type="checkbox"/>	Vous avez déjà subi une chirurgie cardiaque (pontages, remplacement de valves)
<input type="checkbox"/>	Vous avez déjà eu des dilatations ou des tuteurs par cathétérisme cardiaque (coronarographie)
Commentaires : _____	

<b>Problèmes orthopédiques</b>	
<input type="checkbox"/>	Vous êtes en mesure de vous déplacer sans aide à la marche (cane, marchette). Vous êtes autonome dans vos activités quotidiennes et capable de monter des escaliers
<input type="checkbox"/>	Vous vous déplacez avec une aide à la marche (cane, marchette) <b>ou</b> vous avez besoin d'aide fréquemment dans les activités quotidiennes <b>ou</b> avez eu ou avez encore recours aux infiltrations, aux médicaments narcotiques ou anti-inflammatoires pour traiter des douleurs aux musculaires ou articulaires (dos, genoux, chevilles, etc.)
<input type="checkbox"/>	Vous avez un diagnostic d'incapacité totale <b>ou</b> êtes en attente d'une chirurgie orthopédique (dos, genoux, hanche) <b>ou</b> vous devez vous déplacer en fauteuil roulant
Commentaires : _____	

<b>Antécédents familiaux</b>	
<input type="checkbox"/>	Des membres de ma famille sont aussi connus / suivis pour de l'obésité morbide
Si <b>oui</b> , nommer ces personnes et décrire brièvement leur situation : _____	
_____	

<b>CONDITIONS DE SANTÉ NON MENTIONNÉES PRÉCÉDEMMENT</b>	
Précisez ici s.v.p. : _____	
_____	

<b>INFORMATIONS SOCIODÉMOGRAPHIQUES</b>	
<input type="checkbox"/> Marié(e) <input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> Séparé(e) <input type="checkbox"/> Divorcé(e) <input type="checkbox"/> Veuf(ve) <input type="checkbox"/> Conjoint(e) de fait <input type="checkbox"/> Autochtone	
Nombre d'enfant(s) et âge : _____	
Source de revenu : <input type="checkbox"/> Au travail <input type="checkbox"/> Aide sociale <input type="checkbox"/> CNESST <input type="checkbox"/> SAAQ <input type="checkbox"/> Rente d'invalidité <input type="checkbox"/> Retraité(e) <input type="checkbox"/> Autre : _____	
Difficultés financières <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non    Si <b>oui</b> , expliquez : _____	
Type de domicile : <input type="checkbox"/> Maison <input type="checkbox"/> Logement <input type="checkbox"/> Condo <input type="checkbox"/> Chambre <input type="checkbox"/> Autre _____	
Vit avec qui : _____	
Quel lien de parenté cette personne a-t-elle avec vos enfants ? _____	

<b>HISTOIRE PSYCHOSOCIALE ET ANTÉCÉDENTS</b>	
<input type="checkbox"/>	Vous avez déjà fait un ou des épisodes dépressifs qui n'ont pas nécessité l'usage d'antidépresseurs.
<input type="checkbox"/>	Vous avez déjà fait un ou des épisodes dépressifs qui ont nécessité ou nécessitent encore l'usage d'antidépresseurs.
<b>Psychiatre</b> <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Si <b>oui</b> , pour quelle(s) raison(s) et précisez l'année : _____	
_____	

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

### HISTOIRE PSYCHOSOCIALE ET ANTÉCÉDENTS (SUITE)

**Psychologue**  Oui  Non

Si **oui**, pour quelle(s) raison(s) et précisez l'année : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Travailleur social ou psychoéducateur**  Oui  Non

Si **oui**, pour quelle(s) raison(s) et précisez l'année : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Avez-vous déjà été hospitalisé pour des raisons de santé mentale ?  Oui  Non

Si **oui**, pour quelle(s) raison(s) et précisez l'année : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Avez-vous ou avez-vous déjà eu des démêlés avec la justice ?  Oui  Non

Si **oui**, pour quelle(s) raison(s) et précisez l'année : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Avez-vous ou avez-vous déjà eu des démêlés avec la DPJ ?  Oui  Non

Si **oui**, pour quelle(s) raison(s) et précisez l'année : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### HABITUDES DE VIE

Heure de lever : \_\_\_\_\_ Heure de coucher : \_\_\_\_\_

Nombre de sieste(s) : \_\_\_\_\_ Durée de la ou des sieste(s) : \_\_\_\_\_

Nombre d'heure(s) d'Internet par jour : \_\_\_\_\_

**Difficulté au niveau de :**

L'hygiène  Oui  Non La mobilité  Oui  Non Repas  Oui  Non

Aller aux toilettes  Oui  Non Ménage  Oui  Non

Recevez-vous de l'aide du CLSC ?  Oui  Non

Si **oui**, précisez : \_\_\_\_\_

Quelles sont vos activités au cours de la semaine (jour et soirée) ? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Informations complémentaires : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### HISTOIRE DE POIDS

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

Avez-vous déjà eu une prise de poids de 100 lb en 5 ans ou moins ?  Oui  Non

À l'âge adulte : Poids maximum : \_\_\_\_\_ lb ou \_\_\_\_\_ kg

Poids minimum : \_\_\_\_\_ lb ou \_\_\_\_\_ kg

Poids maintenu le plus longtemps : \_\_\_\_\_ lb ou kg

### HISTOIRE DE RÉGIMES

Avez-vous déjà suivi un ou des régimes ?  Oui  Non

Si **oui**, précisez : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Faites-vous un régime actuellement ?  Oui  Non

Si **oui**, lequel : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Avez-vous rencontré un(e) nutritionniste ?  Oui  Non

Si **oui**, pourquoi : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

