



ANTÉCÉDENTS DU PATIENT

Clinique de gestion du poids

Date (aaaa/mm/jj)	Âge	Sexe <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M
-------------------	-----	---

Professionnel de la santé traitant :

Nom de famille	Prénom
----------------	--------

Prénom du père	Nom de jeune fille de la mère	Avez-vous une assurance maladie?
----------------	-------------------------------	----------------------------------

Numéro de téléphone à la maison	Au travail	Cellulaire
---------------------------------	------------	------------

Motif de la consultation : _____

Chirurgie bariatrique

Si vous considérez avoir une chirurgie, votre budget vous permettra-t-il d'acheter le substitut de repas Optifast pendant les 3 semaines qui précèdent la chirurgie (environ 300 \$) et les suppléments nutritionnels (environ 60 \$ par mois) que vous devrez prendre toute votre vie après la chirurgie? Oui Non

Gestion médical du poids

Si vous considérez suivre le programme médical de base, votre budget vous permettra-t-il d'acheter le substitut de repas Optifast (environ 100 \$ par semaine ou 400 \$ par mois)? Oui Non

Éducation :

<input type="checkbox"/> Études primaires	<input type="checkbox"/> Études secondaires partielles
<input type="checkbox"/> Diplôme secondaire collégial/universitaire	<input type="checkbox"/> Diplôme
<input type="checkbox"/> Maîtrise ou doctorat	<input type="checkbox"/> Autre

Besoins particuliers : Trouble de la vue Incapacité physique
 Trouble de l'audition Trouble de l'apprentissage

Autre (Décrivez vos besoins et comment nous pouvons y répondre) :

Langues parlées :

Anglais Français Autre : _____

Pourrez-vous comprendre des séances de groupe données en anglais? Oui Non

Votre origine ethnique :

Autochtone Africaine Arabe Asiatique

Caucasienne Latine Multiple

Préfère ne pas le préciser Autre : _____

Avez-vous des croyances religieuses ou spirituelles qui pourraient influencer vos soins?

Oui Non

Veillez expliquer :

Situation d'emploi :

Étudiant : À temps plein À temps partiel

Employé :

Travaillez-vous par quart de travail? Si oui, selon quel horaire?

Oui Non De jour De soir De nuit

Risque-t-on de perdre votre emploi à cause de l'obésité? Oui Non

Sans emploi :

Programme ontarien de soutien aux personnes handicapées

Ontario au travail Pension/Retraite

Autre : _____

Vos revenus :

sont suffisants pour répondre à vos besoins

ne sont pas suffisants pour répondre à vos besoins

Réseau social et soutien social :

Oui Non

Vous sentez-vous en sécurité à la maison? Votre partenaire et votre famille vous encouragent-ils à perdre du poids? Des proches (famille et amis) vous soutiennent-ils?

Utilisations des soins de santé : Au cours des 3 derniers mois, avez-vous eu recours aux soins de santé suivants?

Consultation du médecin de famille Si oui, combien de fois: _____ NonHospitalisation Si oui, combien de fois: _____ NonVisite à l'urgence Si oui, combien de fois: _____ NonConsultation d'un spécialiste Si oui, combien de fois: _____ Non**ANTÉCÉDENTS RELATIFS AU POIDS**

Taille : _____ Poids actuel : _____ Poids ciblé : _____

Poids le plus élevé à l'âge adulte : _____

Poids le plus bas à l'âge adulte : _____

À quel âge aviez-vous un surplus de poids (cochez toutes les cases qui s'appliquent):

 Moins de 8 ans 8-10 11-13 14-16 17-19 20-25 26-30 31-40 41-50 51-60 61-70 71-80 81 ou plusPensez-vous que votre vie va changer après avoir perdu du poids? Oui Non

Veuillez expliquer :

Habitudes alimentaires

Associez-vous votre problème de poids à certains facteurs? (Cochez tous ceux qui s'appliquent.):

- Événement ou incident en particulier Problème de santé ou maladie
- Manque de temps (horaire chargé) Manger par ennui Grignotage
- Manger sous l'effet de l'émotion ou du stress Manque d'activité physique
- Mauvaise compréhension des saines habitudes alimentaires
- Je ne sais pas Autre : _____

Vous arrive-t-il de sauter des repas? Oui Non

Qui prépare les repas chez vous? _____

En moyenne, à quelle fréquence mangez-vous dans un restaurant à service rapide (McDonald's, Tim Hortons, Wendy's, Subway, etc.) : Jamais

- Occasionnellement (1 ou 2 fois par mois) 1 fois par semaine
- Quelques fois par semaine Plusieurs fois par semaine

Qui fait l'épicerie chez vous?

Vous est-il déjà arrivé de vous faire vomir après avoir mangé? Oui Non

Avez-vous déjà pris des laxatifs après avoir mangé? Oui année: _____ Non

Avez-vous déjà été dirigé vers une clinique des troubles de l'alimentation? Oui Non

Avez-vous déjà reçu un diagnostic :
d'anorexie? Oui année: _____ Non

de boulimie? Oui année: _____ Non

Vous arrive-t-il d'avoir des épisodes de frénésie alimentaire (manger un volume excessif de nourriture)? Oui Non

Avez-vous déjà reçu un diagnostic de frénésie alimentaire? Oui année: _____ Non

Si vous avez des épisodes de frénésie alimentaire, qu'est-ce qui pourrait les causer à votre avis? (Cochez toutes les raisons applicables.):

- Aucune raison particulière Ennui Tristesse/dépression
- Colère Faim Problèmes interpersonnels
- Problèmes parentaux Stress

Après un épisode de frénésie alimentaire, avez-vous des sentiments d'autocritique, de dépression ou de culpabilité? Oui Non

À quelle fréquence avez-vous eu des épisodes de frénésie alimentaire dans les 6 derniers mois? Jamais

- Chaque jour Plus de deux fois par semaine Plusieurs fois par mois
- Occasionnellement Semaine avant mes menstruations seulement

Protéines - Consommez-vous les aliments suivants?

Protéines	Non	Oui – à quelle fréquence?				
		Moins de 1 fois par semaine	1 fois par semaine	2-3 fois par semaine	4-6 fois par semaine	Chaque jour
Lait (écrémé ou 1 %)						
Yogourt						
Fromage						
Œufs						
Beurre d'arachide						
Viande rouge (bœuf, porc)						
Poulet						
Légumineuses (fèves, lentilles)						
Poisson						
Noix/graines						
Tofu						
Suppléments protéinés ou liquides						

Apport de liquides

Environ combien de boissons contenant de la caféine (café, thé, etc.) consommez-vous par jour? _____

Environ combien de boissons gazéifiées (boissons énergétiques et gazeuses, eau gazéifiée, etc.) consommez-vous par jour? _____

Environ combien de verres d'eau buvez-vous par jour? _____

Environ combien de jus de fruits ou de légumes consommez-vous par jour? _____

Quelle quantité de liquides buvez-vous chaque jour?

- moins de 750 mL 750-1200 mL 1200-1500 mL plus de 1500 mL

Modification de l'alimentation ou du style de vie

Avez-vous récemment apporté les changements suivants à votre alimentation ou à votre style de vie?

Depuis quand avez-vous fait ce changement? (jours, semaines, mois ou années)

J'ai arrêté de fumer

J'évite les aliments riches en sucre ou en gras

Je note tout ce que je mange

Je déjeune tous les matins

Je bois plus d'eau

Je fais de l'exercice

Je bois maintenant du café / thé décaféiné

Je mange plus lentement

J'ai réduit ma consommation de boisson gazeuse diète et non diète

Autre

Programmes axés sur la modification des comportements			
Traitement	Année	Nombre de mois	Poids perdu
Régime et clinique du D ^r Bernstein			
Bariatric Medical Institute (BMI)			
Programme Emerald			
Jenny Craig			
TOPS			
Clinique de gestion du poids de L'Hôpital d'Ottawa			
Programme Femmes en bonne forme			
Weight Watchers			
Nutrisystem			
Diététiste professionnelle			
Autre :			

Tentatives préalables de gestion du poids
Dans les 4 listes ci-dessous, indiquez tous les traitements que vous avez déjà essayés pour perdre du poids :

Chirurgie bariatrique

Traitement	Année	Lieu de la chirurgie	Poids perdu
Anneau gastrique (ajustable)			
Dérivation gastrique de Roux-en-Y			
Gastroplastie verticale avec anneau			
Commutation duodénale			
Dérivation biliopancréatique			
J'ai eu une chirurgie bariatrique, mais je ne me souviens plus laquelle			

Régime autogéré					
Traitement	Année	Dose	Nombre de mois	Raison de l'abandon	Poids perdu
South Beach					
Régime Atkins					
Régime IG					
Glucose Revolution					
Autre :					

Médicaments contre l'obésité					
Traitement	Année	Dose	Nombre de mois	Raison de l'abandon	Poids perdu
Xenical (orlistat)					
Meridia (sibutramine)					
Victoza (liraglutide)					
Byetta (exénatide)					
Autre :					

Antécédents en matière de santé mentale	Oui	Non	Traitement reçu	Problème contrôlé
Dépression				<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Pensées suicidaires				<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Anxiété				<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Trouble bipolaire				<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Schizophrénie				<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Trouble de stress post-traumatique				<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Trouble de personnalité limite				<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Dysthymie				<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Trouble d'hyperactivité avec déficit de l'attention (THADA)				<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Autre :				<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

Patient :

N° de dossier :

Problèmes de santé	Oui	Non	Je ne sais pas
Douleurs musculosquelettiques (bas du dos, pieds, hanche, ...)			
Angine			
Insuffisance cardiaque			
Crise cardiaque			
Hypertension			
Pré-diabète			
Diabète			
Taux élevé de cholestérol			
AVC			
Thrombose veineuse profonde et/ou embolie pulmonaire (caillots de sang dans les poumons)			
Hypothyroïdisme			
Brûlures d'estomac (reflux gastro-œsophagien)			
Colites ulcéreuses - Maladie de Crohn			
Syndrome du colon irritable			
Maladie cœliaque			
Diarrhée ou constipation non diagnostiquée			
Syndrome des ovaires polykystiques			
Incontinence urinaire			
Troubles de la vésicule biliaire			
Problèmes du foie (hépatite, cirrhose, etc.)			
Problèmes de respiration (asthme, MPOC, etc.)			
Problèmes sanguins (hémophilie, etc.)			
Goutte ou taux d'acide urique élevé			
Hernie (ombilicale ou cicatricielle)			
Sclérose en plaques			
Antécédents de carence en vitamines ou minéraux (fer, B12, zinc,...)			
Calculs rénaux (pierres au rein)			
Apnée du sommeil			

Avez-vous reçu un diagnostic de diabète?

Oui Non

Si non, passez à la section suivante

Avez-vous déjà reçu une formation sur le diabète dans le passé?

Oui Non

Surveillez-vous votre glycémie?

Oui Non

Si oui, à quelle fréquence le surveillez-vous? _____

Prenez-vous des médicaments pour contrôler le diabète?

Oui Non

Si oui, de quel type? Médicaments oraux Insuline

Antécédents en matière de problèmes de consommation

Tabagisme :

Jamais Occasionnellement Moins que la moitié d'un paquet par jour

Plus que la moitié d'un paquet par jour mais moins que 1 paquet par jour

Un paquet ou plus par jour

Ancien fumeur Quand avez-vous arrêté de fumer?

Consommation d'alcool :

Jamais Occasionnellement Moins que 5 consommations par semaine

Moins que 5 mais plus que 10 consommations par semaine

Plus que 10 mais moins que 15 consommations par semaine

Plus que 15 consommations par semaine

J'ai déjà eu des problèmes de consommation mais je ne bois plus d'alcool

Avez-vous déjà pris des drogues de rue ou des médicaments d'ordonnance sans respecter la dose recommandée ces six derniers mois? Oui Non

Si oui, indiquez lesquels : _____

Antécédents médicaux généraux

Avez-vous d'autres problèmes de santé que nous n'avons pas abordés?

Autres chirurgies	Année	Complications
Médicaments prescrits actuels	Dose	Nombre de fois par jour
Médicaments en vente libre	Dose	Nombre de fois par mois

Patient :

N° de dossier :

Vitamines ou suppléments (naturels et autres)	Dose	Nombre de fois par jour

Antécédents en matière d'activité physique

Quel est votre niveau d'activité physique?

- Aucun exercice ou activité physique en ce moment
 Minimale (1 fois par semaine)
 Modéré (moins de 3 fois par semaine)
 Élevé (plus de 3 fois par semaine)

Activité physique habituelle par semaine	Nombre de séances par semaine	Nombre de minutes par séance (moyenne)
Activités aérobiques (cochez toutes celles qui s'appliquent) <input type="checkbox"/> Natation <input type="checkbox"/> Jogging <input type="checkbox"/> Patin <input type="checkbox"/> Squash/tennis <input type="checkbox"/> Marche <input type="checkbox"/> Vélo <input type="checkbox"/> Cours d'aérobic <input type="checkbox"/> Autre, veuillez préciser :		
Appareils d'exercice (cochez tous ceux qui s'appliquent) <input type="checkbox"/> Rameur <input type="checkbox"/> Tapis roulant <input type="checkbox"/> Vélo stationnaire <input type="checkbox"/> Lever des poids <input type="checkbox"/> Elliptique / simulateur d'escalier <input type="checkbox"/> Autre, veuillez préciser :		
Activités à la maison (cochez toutes celles qui s'appliquent) <input type="checkbox"/> Ménage <input type="checkbox"/> Jardinage <input type="checkbox"/> Autre, veuillez préciser :		
Habitudes de sommeil : Combien d'heures dormez-vous en moyenne chaque nuit? À quelle heure vous réveillez-vous habituellement? À quelle heure vous couchez-vous habituellement? Difficulté à vous endormir? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Difficulté à rester endormi? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		

Indiquez ci-dessous ce que vous mangez typiquement en une journée	
Repas	Inclure la nourriture et les liquides. Exemple : 1 tranche de pain de grains entiers grillé, beurre d'arachide, 1/2 banane + 1/3 tasse de yogourt, 1/2 tasse de fruit + 1 tasse de café décaféiné avec du lait écrémé
Déjeuner Heure : _____ <input type="checkbox"/> Aucun <input type="checkbox"/> Auto <input type="checkbox"/> Maison <input type="checkbox"/> Travail <input type="checkbox"/> Restaurant/Comptoir de mets rapides	
Collation en avant-midi : Heure : _____	
Dîner Heure : _____ <input type="checkbox"/> Aucun <input type="checkbox"/> Auto <input type="checkbox"/> Maison <input type="checkbox"/> Travail <input type="checkbox"/> Restaurant/Comptoir de mets rapides	
Collation en après-midi : Heure : _____	
Souper Heure : _____ <input type="checkbox"/> Aucun <input type="checkbox"/> Auto <input type="checkbox"/> Maison <input type="checkbox"/> Travail <input type="checkbox"/> Restaurant/Comptoir de mets rapides	
Collation en soirée Heure : _____	