



## QUESTIONNAIRE 15037 - OBESITE MAJEURE - CHIRURGIE DE L'OBESITE

Questionnaire confidentiel à remplir par le médecin traitant et à retourner par l'assuré lui-même à l'attention du Médecin Conseil d'APRIL Santé Prévoyance, 114 boulevard Marius Vivier Merle 69439 LYON Cedex 03.

N° Adhérent : ..... ☐ M. ☐ Mme. ☐ Mlle.  
NOM et PRENOM : .....  
Date de naissance : ..... Dossier suivi par : Le service médical

**Les informations recueillies au moyen de ce document seront traitées avec la plus grande confidentialité et sont soumises aux règles déontologiques relatives au respect du secret médical.**

**Toutes les questions sont à compléter par oui ou par non et à préciser en cas de réponse positive.**

**I - AFFECTION**

Poids actuel : ..... Kg Taille : ..... cm T.A. : Max : ..... Min : .....  
Maximum atteint : Poids : ..... Kg IMC : ..... Date : .....

	NON	OUI	COMMENTAIRES
Des fluctuations de poids répétées ont-elles été observées : Le proposant est-il suivi par : - Un médecin traitant ? - Un (des) spécialiste(s)	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>	Fréquence : ..... /an ..... /an ; si oui, lesquels : ..... .....
II - Le proposant est-il fumeur ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Si oui, préciser la consommation journalière : ..... cigarettes.
<b>III- AFFECTIONS ASSOCIEES</b> Le proposant présente-t-il ou a-t-il présenté : Des troubles métaboliques ? - Diabète : - Dyslipidémies : Des troubles cardiovasculaires ? - Coronaropathie : - Hypertension artérielle : - Trouble du rythme : - Accident vasculaire cérébral : - Autres :  Des troubles respiratoires ? - Syndrome d'apnée du sommeil : - Troubles ventilatoires : - Hypertension pulmonaire : - Autres :	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>  <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>  <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>	Si oui, préciser : ..... ..... ..... Si oui, préciser : ..... ..... ..... Si oui, préciser : ..... (En cas de réponse positive, fournir le dernier bilan de surveillance cardiovasculaire réalisé). Si oui, préciser : ..... ..... ..... Si oui, préciser : ..... (En cas de réponse positive, fournir le dernier bilan de surveillance cardiovasculaire réalisé).

QUESTIONNAIRE 15037 - OBESITE MAJEURE - CHIRURGIE DE L'OBESITE

Nom : ..... Prénom : ..... N° Adhérent : .....

	NON - OUI	COMMENTAIRES
D'autres affections telles que : - Dépression nerveuse : - Lésions dégénératives articulaires : - Affection rhumatologique : - Troubles veineux : - Autres :	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>	Si oui, préciser : ..... ..... ..... ..... ..... Si oui, préciser : ..... <i>(En cas de réponse positive, fournir le dernier bilan de surveillance cardiovasculaire réalisé).</i>
<b>IV - TRAITEMENTS</b> - Régime ? - Médicaments ?  - Cure d'amaigrissement ? - Pose d'un ballonnet gastrique ? - Chirurgie ?	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>  <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>	Préciser lesquels : ..... En cours : ..... Interrompu depuis le : .....
<b>V - CHIRURGIE DE L'OBESITE</b> Quel était le poids avant l'intervention ?		..... Kg      Date : .....
Interventions :	1° intervention	2° intervention
Date	...../...../.....	...../...../.....
Nature	<input type="radio"/> Pose d'un anneau gastrique <input type="radio"/> By-pass gastrique <input type="radio"/> Autre, à préciser : .....	<input type="radio"/> Pose d'un anneau gastrique <input type="radio"/> By-pass gastrique <input type="radio"/> Autre, à préciser : .....
Résultats et complications éventuelles : ..... ..... ..... ..... <i>Joindre le(s) compte(s) rendu(s) opératoire(s).</i>		
Une (ré-) intervention est-elle envisagée ? <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Oui      A quelle date : ..... Motif : ..... .....		
<b>VI - DERNIER BILAN BIOLOGIQUE REALISE</b> Date : ..... Glycémie à jeun : .....g/L      Hémoglobine glycosylée (HbA1c) : ..... % Cholestérol total : .....g/L      HDL : .....g/L      Triglycérides : ..... g/L Transaminases SGOT : .....      SGPT : .....      Gamma GT : .....		
	NON - OUI	COMMENTAIRES
<b>VII - AUTRES INFORMATIONS</b> Le proposant est-il en invalidité ? Le proposant pratique-t-il un (des) sport(s) régulièrement ?	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>	Taux : ..... Catégorie : ..... Si oui, précisez le(s)quel(s) : ..... .....

Commentaires : .....

[illegible]