

## Questionnaire d'évaluation pour la prise en charge des patients présentant une obésité

Madame, Monsieur,

Vous avez été dirigé(e) vers notre structure pour la prise en charge de votre problème de poids.

Afin de vous proposer une prise en charge adaptée à votre situation, nous vous demandons de bien vouloir remplir ce questionnaire.

N'hésitez pas à vous faire aider par votre médecin traitant si vous rencontrez des difficultés (sinon nous sommes joignables au 05 58 35 66 72). Nous vous remercions de votre aimable collaboration.

Fait le : .....

|  |   |                         |
|--|---|-------------------------|
| NOM :  | Prénom :                                | Date de naissance :     |
| Sexe : H <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> | Situation familiale :                   | Enfants :      Nombre : |
| Votre numéro de tél. :                                       | Votre e-mail :                          |                         |
| Profession :   | Nom du médecin traitant :               |                         |
|  | Nom du psychiatre (si suivi en cours) : |                         |

**Poids actuel :**

**Taille actuelle :**

Cochez les bonnes réponses SVP

- Depuis quand avez-vous des **problèmes de poids** (ex. : depuis l'enfance...) ?
- Vous souvenez-vous des **circonstances déclenchantes** de prise de poids ?  Oui       Non  
Lesquelles (ex. : arrêt tabac, problèmes familiaux...) ?
- Quel **poids maximum** avez-vous atteint (en dehors grossesse) ? ..... Quand ? .....
- Avez-vous **déjà consulté** pour perdre du poids ?  Oui       Non  
Auprès de qui ?       Médecin traitant       Diététicienne       Autres  
Pendant combien de temps ? .....
- Avez-vous fait plusieurs **régimes** ?  Oui       Non  
Quels types ?       Weight watcher       Hyperprotéiné       Autres
- Avez-vous déjà obtenu des pertes de poids ?  Oui       Non  
Quand ? ..... Combien ? .....
- Quelles sont vos **habitudes alimentaires** :
  - avez-vous tendance à manger beaucoup ?  Oui       Non
  - à manger vite ?  Oui       Non
  - à grignoter ?  Oui       Non
  - À quel(s) moment(s) dans la journée ?
  - sortez-vous de table en ayant faim ?  Oui       Non
  - autres ? .....
- Existe-t-il **au sein de votre famille** des personnes obèses ?  Oui       Non  
Lien de parenté (ex. : votre mère...) ?
- Faites-vous du **sport** ?  Oui       Non  
Quel(s) type(s) :       Marche       Natation       Vélo       Autres  
Combien de temps par semaine .....

• Quels sont vos **problèmes de santé** ?

- êtes-vous diabétique ?  Oui  Non  
- quel type ? ..... - depuis quand ? .....
- avez-vous de l'hypertension artérielle ?  Oui  Non  
- avez-vous trop de cholestérol ou de triglycérides ?  Oui  Non  
- êtes-vous facilement essoufflé(e) ?  Oui  Non  
-  à l'effort  constamment
- avez-vous un problème d'apnée du sommeil ?  Oui  Non  
- dormez-vous avec un appareil ?  Oui  Non  
- êtes-vous suivi(e) pour autre maladie respiratoire ?  Oui  Non  
- avez-vous des douleurs articulaires ?  Oui  Non  
 Dos  Genoux  Chevilles  Hanches  Autres
- avez-vous un problème cardiaque ?  Oui  Non  
- pouvez-vous préciser ? .....
- avez-vous fait des embolies pulmonaires ou phlébites ?  Oui  Non  
- autres problèmes médicaux et/ou psychologiques (ex : dépression) ?

- .....
- avez-vous des allergies ?  Oui  Non  
- lesquelles ?

- .....
- fumez-vous ?  Oui  Non  
- nombre de cigarettes /j ? .....
- buvez-vous régulièrement de l'alcool (ex. : vin aux repas) ?  Oui  Non  
- à quelle fréquence ? .....
- prenez-vous des médicaments (joindre une photocopie de votre ordonnance si possible) ?  Oui  Non  
- lesquels : .....

- .....
- Si vous êtes une femme avez-vous une **contraception** ?  Oui  Non  
- Laquelle ? - ou êtes-vous ménopausée ?  Oui  Non

- Avez-vous déjà subi des **opérations** ? Lesquelles et quand ?  Oui  Non

• **Envisagez-vous la chirurgie de l'estomac pour vous aider à perdre du poids ?**

Oui

Non

Si non, souhaitez-vous :  Rencontrer un médecin nutritionniste

Intégrer un programme médical d'éducation thérapeutique

Toutes ces données sont confidentielles. Vous êtes invité(e) à nous renvoyer ce questionnaire :

- **par mail** à [FIRTO@ch-dax.fr](mailto:FIRTO@ch-dax.fr)

- ou **par courrier** : Centre Hospitalier de Dax-Côte d'Argent

Infirmière coordinatrice FIRTO

Boulevard Yves du manoir

BP 323

40107 DAX CEDEX

Après analyse de ce dernier, nous vous communiquerons un rendez-vous avec les spécialistes de la prise en charge de l'obésité.

Merci et à bientôt

Dernière information, il existe une association de patients sur l'hôpital de DAX, si vous voulez échanger avec d'autres personnes ayant ou ayant eu des problèmes de poids :

**Association CHRYSALIDES**

Accueil téléphonique du lundi au vendredi de 14 h à 16 h

☎ 06 31 55 48 89

[assoc.chrysalides@gmail.com](mailto:assoc.chrysalides@gmail.com)