



MR60461

DEMANDE D'INSCRIPTION EN CHIRURGIE BARIATRIQUE

Les conditions prérequis pour une chirurgie de l'obésité sont les suivantes :

- Avoir un indice de masse corporelle (IMC) plus grand ou égal à 35 kilogrammes/mètre carré (kg/m²) avec problèmes de santé associés;
- Avoir un IMC plus grand ou égal à 40 kg/m² avec ou sans comorbidité;
- Être prêt à s'investir dans un suivi avec notre établissement, pour une durée minimum de trois mois en préopératoire, puis à long terme après la chirurgie;
- Être prêt à prendre des suppléments vitaminiques pour toute sa vie à venir;
- Être prêt à adopter de saines habitudes de vie avant et après la chirurgie.

Contre-indications absolues à la clinique de l'obésité :

- Trouble de santé mentale aigüe ou instable;
- Dépendance ou consommation chronique alcool ou narcotiques;
- Toute forme de consommation de drogue, cannabis, tabac ou vapotage.

Contre-indications relatives à une chirurgie de l'obésité :

- Utilisation chronique de narcotiques;
- Âge moins de 18 ans et plus de 60 ans;
- Paraplégique

J'atteste avoir pris connaissance des conditions pré-requises et des contre-indications relatives à une chirurgie de l'obésité.

1. RENSEIGNEMENTS CLINIQUES

Usager inscrit sur la liste d'attente d'un autre établissement pour une chirurgie bariatrique?	<input type="checkbox"/>	Oui, nom de l'établissement : _____
	<input type="checkbox"/>	Non
Usager a déjà subi une chirurgie pour l'obésité?	<input type="checkbox"/>	Oui, date : _____ AAAA-MM-JJ
		Nom du chirurgien : _____ Nom de l'établissement : _____

Cochez ce qui correspond à cet usager :

Poids (kilogrammes) :	Taille (centimètres) :	IMC :
<input type="checkbox"/> IMC plus grand ou égal à 35 kg/m ² avec problèmes de santé associés		Commentaires :
<input type="checkbox"/> IMC plus grand ou égal à 40 kg/m ² avec ou sans comorbidité		Commentaires :
<input type="checkbox"/> Apnée du sommeil		Commentaires :
<input type="checkbox"/> Maladie coronarienne		Commentaires :
<input type="checkbox"/> Diabète type I ou II		Commentaires :
<input type="checkbox"/> Problèmes ostéoarticulaires		Commentaires :
<input type="checkbox"/> Hypertension artérielle		Commentaires :

Cessation complète tabagique, vapotage, Cannabis et drogue depuis plus de 6 mois avant la demande d'inscription.

Autres informations pertinentes :

Faites parvenir votre demande d'inscription par télécopieur au (819) 478-2252

Notez que le CIUSSS MCQ se réserve le droit de diriger la demande à Drummondville ou à Trois-Rivières selon les critères d'accès établis.

2. AUTORISATION ET CONFIRMATION

Je comprends que le chirurgien assurera le suivi de l'usager dans les douze mois suivants la chirurgie, mais que par la suite je serai responsable d'assurer le suivi médical requis par l'état de santé de l'usager à long terme à moins de m'être assuré qu'un autre médecin, un autre professionnel ou une autre personne habilitée puisse le faire à ma place¹.

Signature du médecin : _____ No de permis : _____ Date : _____ Heure : _____
AAAA-MM-JJ HH : MM

¹ Article 32 du Code de déontologie des médecins, chapitre M-9, r. 17