



## 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/m<sup>2</sup>) avec problèmes de santé associés;
- Avoir un IMC plus grand ou égal à 40 kg/m<sup>2</sup> 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;
- IMC plus petit que 35 kg/m<sup>2</sup>;
- Dépendance à l'alcool, aux drogues ou tabac.

### 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 <sup>2</sup> avec problèmes de santé associés		Commentaires :
<input type="checkbox"/> IMC plus grand ou égal à 40 kg/m <sup>2</sup> 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 :

Autres informations pertinentes :

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

- ❖ Prendre note 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

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