

Questionnaire U

Obésité majeure - Chirurgie de l'obésité



À remplir à l'encre noire.

NOM et Prénom :

Date de naissance :

N° de police :

Cachet du médecin traitant

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 professionnel.

Prière de cocher les cases correspondantes et de fournir tout commentaire ou date en regard des réponses affirmatives lorsque cela est souhaité.

Poids actuel : Kg Taille : cm T.A. : /

Maximum atteint : Poids : Kg IMC : / / Traitée : Oui Non

AFFECTION :

NON OUI

Commentaires

Des fluctuations de poids répétées ont-elles été observées ?

Le proposant est-il suivi par :

un médecin traitant ?

Fréquence : / an

un (des) médecin(s) spécialiste(s) ?

Fréquence : / an Si OUI lesquels :

Le proposant est-il fumeur ?

Consommation : / jour

AFFECTIONS ASSOCIEES :

Le proposant présente-t-il ou a-t-il présenté :

Si OUI, préciser :

Des troubles métaboliques ?

Diabète :

Dyslipidémie :

Des troubles cardiovasculaires ?

Coronaropathie :

Hypertension artérielle :

Troubles du rythme :

Accident Vasculaire Cérébral :

Autre (à préciser) :

(en cas de réponse positive, fournir le dernier bilan de surveillance cardiovasculaire réalisé)

Des troubles respiratoires ?

Syndrome d'apnée du sommeil :

Troubles ventilatoires :

Hypertension pulmonaire :

Autre (à préciser) :

(en cas de réponse positive, fournir le dernier bilan de surveillance cardiovasculaire réalisé)

D'autres affections telles que :

Dépression nerveuse :

Affection rhumatologique :

Troubles veineux :

Autre (à préciser) :

(en cas de réponse positive, fournir le dernier bilan de surveillance cardiovasculaire réalisé)

NOM et Prénom :

TRAITEMENTS

NON OUI

Commentaires

Régime ?

Préciser lesquels :

Médicaments ?

En cours :

Interrompu depuis le :

Cure d'amaigrissement ?

Pose d'un ballonnet gastrique ?

Chirurgie ?

CHIRURGIE DE L'OBESITE

Quel était le poids avant l'intervention ? kg

1^{ère} intervention

Date : / /

Nature : Pose d'un anneau gastrique

By-pass gastrique

Autre (à préciser) :

2^{ème} intervention

Date : / /

Nature : Pose d'un anneau gastrique

By-pass gastrique

Autre (à préciser) :

Résultats et complications éventuelles :

Une (ré-)intervention est-elle envisagée ? OUI NON

À quelle date ?

Motif :

Joindre une copie des comptes rendus hospitalier et opératoires.

DERNIER BILAN BIOLOGIQUE REALISE

Date : / /

Glycémie à jeun : g/l

Hémoglobine glycosylée (HbA1c) : %

Cholestérol total : g/l

HDL : g/l

Triglycérides : g/l

Transaminases SGOT :

SGPT :

Gamma GT :

AUTRES INFORMATIONS

NON OUI

Commentaires

Le proposant pratique-t-il un (des) sport(s) régulièrement ?

Si oui, préciser le(s)quel(s) :

COMMENTAIRES :

IMPORTANT : La communication du protocole de tout examen anormal, des comptes rendus opératoires, et des bilans de contrôle les plus récents est indispensable.

Toute réticence ou fausse déclaration intentionnelle entraîne la nullité de l'assurance (art. L.113-8 du Code des Assurances)
Veuillez adresser directement ce questionnaire à l'attention du Médecin-Conseil à prevoyance.metlife@cbp-france.eu ou sous pli confidentiel à :
Cbp France - Service Prévoyance CS 20008 - 44967 NANTES CEDEX 9

Fait à :

Le : / /

Signature du médecin traitant