

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	2^{ème} intervention	
Date : / /	Date : / /	
Nature : Pose d'un anneau gastrique	Nature : Pose d'un anneau gastrique	
By-pass gastrique	By-pass gastrique	
Autre (à préciser) :	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.

Veillez SVP adresser directement ce rapport et la note de vos honoraires* (à concurrence du plafond de la Compagnie), accompagnés impérativement de la proposition d'assurance complétée et signée par l'assuré sous pli confidentiel à : MetLife - à l'attention du Médecin Conseil - TSA 36835 - 95939 ROISSY CH DE GAULLE CEDEX.

**Les honoraires ne seront remboursés qu'à réception des documents originaux précités.*

Fait à :
Le : / /

Signature du médecin traitant