

## Annexe 3 – fiche patient

### VISITE 1 : BILAN D'INCLUSION

#### **COLLER l'étiquette de traçabilité de l'anneau**

Ou préciser :

- la référence de l'anneau posé
- le numéro de lot
- le fournisseur

Centre n°

Date de la visite

Coordonnées du médecin généraliste :

- Nom / prénom : \_\_\_\_\_

- Numéro de téléphone : \_\_\_\_\_

Coordonnées du médecin nutritionniste:

- Nom / prénom : \_\_\_\_\_

- Numéro de téléphone : \_\_\_\_\_

Coordonnées du médecin endocrinologue:

- Nom / prénom : \_\_\_\_\_

- Numéro de téléphone : \_\_\_\_\_

#### **Caractéristiques du patient**

Patient n°

Date de naissance :

**Lieu de naissance :** \_\_\_\_\_

Département

Ville : \_\_\_\_\_

Pays : \_\_\_\_\_

Sexe :

masculin

☐

féminin

☐

## Annexe 3 – fiche patient

### Caractéristiques de l'obésité

Poids maximum au cours de la vie adulte  kg

Antécédents familiaux d'obésité (parents, grands parents, enfants) : oui ☐ non ☐

Taille  cm Poids  kg

### Indications

Oui Non

- IMC égal ou supérieur à 40 kg/m<sup>2</sup> ☐ ☐
- IMC entre 35 et 40 kg/m<sup>2</sup>, et comorbidités ☐ ☐
- une prise en charge médicale spécialisée d'au moins un an ☐ ☐
- bilan multidisciplinaire ☐ ☐
  - nutritionniste ou endocrinologue ou interniste ☐ ☐
  - anesthésiste ☐ ☐
  - psychiatre ou psychologue ☐ ☐
- lettre d'information au patient ☐ ☐

### Evaluation des comorbidités

Présentes  
Oui Non

Traitées  
Oui Non

- |                                                        |                          |                          |                          |                          |
|--------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| - Hypertension artérielle                              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Diabète :                                            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                          |                          |
| - antidiabétique oraux                                 |                          |                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - insulinothérapie                                     |                          |                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Dyslipidémie                                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Syndrome d'apnée du sommeil                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Insuffisance coronaire                               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Insuffisance cardiaque                               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Gonarthrose ou autre problème articulaire invalidant | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Reflux gastro-oesophagien                            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Incontinence urinaire                                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Dépression traitée                                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Autre en clair : \_\_\_\_\_

### Score de la qualité de vie

Qualité de vie mesurée par le questionnaire BAROS (E. Nini et al. Evaluation de la chirurgie coelioscopique de l'obésité par le score de BAROS. Annales de chirurgie 2002 ; 127 : 107-14). Morched Al Surg 2003

## Annexe 3 – fiche patient

### INTERVENTION

Centre n°

Patient n°

Date de la chirurgie

Poids le jour de l'intervention  kg

### L'intervention

Intervention chirurgicale : laparoscopie ☐ laparotomie ☐ conversion ☐

Si conversion, préciser la cause de la conversion :

- hémorragie ☐
- perforation ☐
- pneumopéritoine ☐
- adhérence ☐
- problème de tolérance au CO2 ☐

### pose de l'anneau

Pars flaccida : Oui ☐ non ☐

Fixation de l'anneau : Oui ☐ non ☐

Fixation du boîtier : Oui ☐ non ☐

Utilisation d'une sonde de calibrage : Oui ☐ non ☐

Remplissage immédiat de l'anneau : Oui ☐ non ☐ volume : \_\_\_\_\_cc

Première intervention pour obésité oui ☐ non ☐

Réintervention oui ☐ non ☐

si oui CHIRURGIE ANTERIEURE

- anneau gastrique ☐
- Gastroplastie verticale calibrée ☐
- Sleeve gastrectomy ☐
- Autre ☐

o Préciser

autre geste : Ballon intragastrique ☐

### Annexe 3 – fiche patient

#### Evénements indésirables per-opératoires

Oui ☐

Non ☐

Cocher si présent et préciser les conséquences pour le patient à l'aide de l'un des codes suivants :

1- événement ayant entraîné une **hospitalisation**

2- événement ayant entraîné une **prolongation d'hospitalisation**

3- événement ayant entraîné le **décès du patient**

4- aucune des 3 conséquences citées ci-dessus

|                         | Présent                  | Conséquences pour le patient |
|-------------------------|--------------------------|------------------------------|
| - Echec de la chirurgie | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     |
| - Perforation gastrique | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     |
| - autre plaie d'organe  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     |
| - Hémorragie            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     |

#### Evénements indésirables post - opératoires précoces (<30 jours)

Oui ☐

Non ☐

Cocher si présent et préciser les conséquences pour le patient à l'aide de l'un des codes suivants :

1- événement ayant entraîné une **hospitalisation**

2- événement ayant entraîné une **prolongation d'hospitalisation**

3- événement ayant entraîné le **décès du patient**

4- aucune des 3 conséquences citées ci-dessus

#### **Complications médicales**

si oui, préciser

Oui ☐

Non ☐

|                                     | Présent                  | Conséquences pour le patient |
|-------------------------------------|--------------------------|------------------------------|
| - Phlébite                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     |
| - Embolie pulmonaire                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     |
| - Atélectasie, infection pulmonaire | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     |
| - Insuffisance respiratoire         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     |
| - Infarctus du myocarde             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     |
| - Accident vasculaire cérébral      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     |
| - Insuffisance rénale aigüe         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     |
| - Problème psychiatrique            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     |
| - Dénutrition                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     |
| - Anémie ferriprive                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     |

### Annexe 3 – fiche patient

**Complications chirurgicales non spécifiques** Oui ☐ Non ☐  
si oui, préciser

|                                   | Présent                  | Conséquences pour le patient |
|-----------------------------------|--------------------------|------------------------------|
| - Hémorragie digestive            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     |
| - Hémopéritoine                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     |
| - Fistule et/ou abcès profond     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     |
| - Péritonite                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     |
| - Occlusion intestinale           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     |
| - Ulcère gastroduodénal           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     |
| - Lithiase biliaire symptomatique | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     |
| - Eventration                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     |
| - Infection pariétale             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     |
| - Dilatation aiguë de l'estomac   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     |
| - Erosion gastrique               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     |

#### Complications Chirurgicales Spécifiques de l'Anneau Complications de l'anneau

|                               | Présent                  | Conséquences pour le patient |
|-------------------------------|--------------------------|------------------------------|
| - Dilatation de poche         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     |
| - Glissement                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     |
| - Migration intragastrique    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     |
| - Dilatation oesophagienne    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     |
| - Infection de l'anneau       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     |
| - Fuite au niveau de l'anneau | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     |
| - Rupture de l'anneau         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     |
| - Hernie du ballonnet         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     |

#### Complications de la chambre implantable

|                                  | Présent                  | Conséquences pour le patient |
|----------------------------------|--------------------------|------------------------------|
| - Rotation (empêchant la piqûre) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     |
| - Malposition du boîtier         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     |
| - Fuite                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     |
| - Déconnexion                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     |
| - Rupture du cathéter            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     |
| - Infection du boîtier           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     |

### Annexe 3 – fiche patient

#### Signes fonctionnels

oui ☐ non ☐

#### Présent

#### Conséquences pour le patient

- Intolérance alimentaire

☐☐

- Vomissements

☐☐

o Fréquence / semaine

- Diarrhée

☐☐

- Douleurs ( abdominale et épaule)

☐☐

#### Evénement indésirable inattendu

Oui ☐ Non ☐

Si, oui préciser et remplir une fiche d'événement indésirable :

---

#### Réintervention précoce (<30 jours)

Oui ☐ Non ☐

si oui, préciser pourquoi : 

---

#### Suites opératoires (< 30 jours)

Contrôle radiologique :

Oui ☐ Non ☐

Contrôle radiologique satisfaisant :

Oui ☐ Non ☐

Sinon, préciser les anomalies : 

---

Reprise alimentaire satisfaisante :

Oui ☐ Non ☐

Date de sortie de l'hôpital

#### Décès

Oui ☐ Non ☐

## Annexe 3 – fiche patient

### VISITE 2 :1 MOIS

Centre n°  Date de la visite

Patient n°

Poids  kg

#### Coordonnées du médecin généraliste :

- Nom / prénom : \_\_\_\_\_

- Numéro de téléphone : \_\_\_\_\_

#### Coordonnées du médecin nutritionniste:

- Nom / prénom : \_\_\_\_\_

- Numéro de téléphone : \_\_\_\_\_

#### Coordonnées du médecin endocrinologue:

- Nom / prénom : \_\_\_\_\_

- Numéro de téléphone : \_\_\_\_\_

| <u><b>Evaluation des comorbidités</b></u>              | <u><b>Présentes</b></u>  |                          | <u><b>Traitées</b></u>   |                          |
|--------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
|                                                        | <b>Oui</b>               | <b>Non</b>               | <b>Oui</b>               | <b>Non</b>               |
| - Hypertension artérielle                              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Diabète :                                            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                          |                          |
| - antidiabétique oraux                                 |                          |                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - insulinothérapie                                     |                          |                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Dyslipidémie                                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Syndrome d'apnée du sommeil                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Insuffisance coronaire                               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Insuffisance cardiaque                               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Gonarthrose ou autre problème articulaire invalidant | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Reflux gastro-oesophagien                            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Incontinence urinaire                                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Dépression traitée                                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Autre en clair : \_\_\_\_\_

## Annexe 3 – fiche patient

### Score de la qualité de vie

Qualité de vie mesurée par le questionnaire BAROS (E. Nini et al. Evaluation de la chirurgie coelioscopique de l'obésité par le score de BAROS. Annales de chirurgie 2002 ; 127 : 107-14). Morched Al Surg 2003

### Evénements indésirables post - opératoires précoces (<30 jours) Oui ☐ Non ☐

Cocher si présent et préciser les conséquences pour le patient à l'aide de l'un des codes suivants :

- 1- événement ayant entraîné une **hospitalisation**
- 2- événement ayant entraîné une **prolongation d'hospitalisation**
- 3- événement ayant entraîné le **décès du patient**
- 4- aucune des 3 conséquences citées ci-dessus

#### **Complications médicales**

Oui ☐

Non ☐

si oui, préciser

#### **Présent**

#### **Conséquences pour le patient**

- |                                     |                          |                          |
|-------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| - Phlébite                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Embolie pulmonaire                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Atélectasie, infection pulmonaire | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Insuffisance respiratoire         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Infarctus du myocarde             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Accident vasculaire cérébral      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Insuffisance rénale aigüe         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Problème psychiatrique            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Dénutrition                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Anémie ferriprive                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

#### **Complications chirurgicales non spécifiques**

Oui ☐

Non ☐

si oui, préciser

#### **Présent**

#### **Conséquences pour le patient**

- |                                   |                          |                          |
|-----------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| - Hémorragie digestive            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Hémopéritoine                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Fistule et/ou abcès profond     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Péritonite                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Occlusion intestinale           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Ulcère gastroduodénal           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Lithiase biliaire symptomatique | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Eventration                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Infection pariétale             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Dilatation aiguë de l'estomac   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Erosion gastrique               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

## Annexe 3 – fiche patient

### Complications Chirurgicales Spécifiques de l'Anneau

#### Complications de l'anneau

|                               | Présent                  | Conséquences pour le patient |
|-------------------------------|--------------------------|------------------------------|
| - Dilatation de poche         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     |
| - Glissement                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     |
| - Migration intragastrique    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     |
| - Dilatation oesophagienne    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     |
| - Infection de l'anneau       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     |
| - Fuite au niveau de l'anneau | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     |
| - Rupture de l'anneau         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     |
| - Hernie du ballonnet         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     |

#### Complications de la chambre implantable

|                                  | Présent                  | Conséquences pour le patient |
|----------------------------------|--------------------------|------------------------------|
| - Rotation (empêchant la piqûre) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     |
| - Malposition du boîtier         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     |
| - Fuite                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     |
| - Déconnexion                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     |
| - Rupture du cathéter            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     |
| - Infection du boîtier           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     |

#### Signes fonctionnels

oui ☐ non ☐

|                                    | Présent                                                     | Conséquences pour le patient |
|------------------------------------|-------------------------------------------------------------|------------------------------|
| Intolérance alimentaire            | <input type="checkbox"/>                                    | <input type="checkbox"/>     |
| - Vomissements                     | <input type="checkbox"/>                                    | <input type="checkbox"/>     |
| o Fréquence / semaine              | <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> |                              |
| - Diarrhée                         | <input type="checkbox"/>                                    | <input type="checkbox"/>     |
| - Douleurs ( abdominale et épaule) | <input type="checkbox"/>                                    | <input type="checkbox"/>     |

### Annexe 3 – fiche patient

**Evénement indésirable inattendu** Oui ☐ Non ☐

Si, oui préciser et remplir une fiche d'événement indésirable :  
\_\_\_\_\_

**Grossesse** oui ☐ non ☐

Dysfonctionnement du mécanisme d'ajustement Oui ☐ Non ☐

#### Suites opératoires

Contrôles radiologiques depuis l'intervention

- Nombre

- Remplissage de l'anneau oui ☐ on ☐ volume :  cc

Y a-t-il eu réintervention : oui ☐ non ☐

si oui, préciser pourquoi : \_\_\_\_\_

**Décès** oui ☐ non ☐

si oui, préciser la cause : \_\_\_\_\_

Nombre de jours d'hospitalisation depuis l'intervention en rapport  
avec les suites de l'intervention :

Nombre de consultations médicales depuis l'intervention :

Nombre de consultations médicales en dehors du suivi programmé :

### Annexe 3 – fiche patient Visite 3 : 3 mois

Centre n°   Date de la visite

Patient n°

Poids    kg

Coordonnées du médecin généraliste :

- Nom / prénom : \_\_\_\_\_

- Numéro de téléphone : \_\_\_\_\_

Coordonnées du médecin nutritionniste:

- Nom / prénom : \_\_\_\_\_

- Numéro de téléphone : \_\_\_\_\_

Coordonnées du médecin endocrinologue:

- Nom / prénom : \_\_\_\_\_

- Numéro de téléphone : \_\_\_\_\_

| <u><b>Evaluation des comorbidités</b></u>              | <u><b>Présentes</b></u>  |                          | <u><b>Traitées</b></u>   |                          |
|--------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
|                                                        | <b>Oui</b>               | <b>Non</b>               | <b>Oui</b>               | <b>Non</b>               |
| - Hypertension artérielle                              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Diabète :                                            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                          |                          |
| - antidiabétique oraux                                 |                          |                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - insulinothérapie                                     |                          |                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Dyslipidémie                                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Syndrome d'apnée du sommeil                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Insuffisance coronaire                               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Insuffisance cardiaque                               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Gonarthrose ou autre problème articulaire invalidant | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Reflux gastro-oesophagien                            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Incontinence urinaire                                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Dépression traitée                                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Autre en clair : \_\_\_\_\_

## Annexe 3 – fiche patient

### Score de la qualité de vie

Qualité de vie mesurée par le questionnaire BAROS (E. Nini et al. Evaluation de la chirurgie coelioscopique de l'obésité par le score de BAROS. Annales de chirurgie 2002 ; 127 : 107-14). Morched Al Surg 2003

### Evénements indésirables post - opératoires précoces (<30 jours) Oui ☐ Non ☐

Cocher si présent et préciser les conséquences pour le patient à l'aide de l'un des codes suivants :

- 1- événement ayant entraîné une **hospitalisation**
- 2- événement ayant entraîné une **prolongation d'hospitalisation**
- 3- événement ayant entraîné le **décès du patient**
- 4- aucune des 3 conséquences citées ci-dessus

#### **Complications médicales**

Oui ☐

Non ☐

si oui, préciser

#### **Présent**

#### **Conséquences pour le patient**

- |                                     |                          |                          |
|-------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| - Phlébite                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Embolie pulmonaire                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Atélectasie, infection pulmonaire | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Insuffisance respiratoire         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Infarctus du myocarde             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Accident vasculaire cérébral      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Insuffisance rénale aiguë         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Problème psychiatrique            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Dénutrition                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Anémie ferriprive                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

#### **Complications chirurgicales non spécifiques**

Oui ☐

Non ☐

si oui, préciser

#### **Présent**

#### **Conséquences pour le patient**

- |                                   |                          |                          |
|-----------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| - Hémorragie digestive            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Hémopéritoine                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Fistule et/ou abcès profond     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Péritonite                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Occlusion intestinale           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Ulcère gastroduodénal           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Lithiase biliaire symptomatique | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Eventration                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Infection pariétale             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Dilatation aiguë de l'estomac   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Erosion gastrique               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

## Annexe 3 – fiche patient

### Complications Chirurgicales Spécifiques de l'Anneau

#### Complications de l'anneau

|                               | Présent                  | Conséquences pour le patient |
|-------------------------------|--------------------------|------------------------------|
| - Dilatation de poche         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     |
| - Glissement                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     |
| - Migration intragastrique    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     |
| - Dilatation oesophagienne    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     |
| - Infection de l'anneau       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     |
| - Fuite au niveau de l'anneau | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     |
| - Rupture de l'anneau         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     |
| - Hernie du ballonnet         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     |

#### Complications de la chambre implantable

|                                  | Présent                  | Conséquences pour le patient |
|----------------------------------|--------------------------|------------------------------|
| - Rotation (empêchant la piqûre) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     |
| - Malposition du boîtier         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     |
| - Fuite                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     |
| - Déconnexion                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     |
| - Rupture du cathéter            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     |
| - Infection du boîtier           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     |

#### Signes fonctionnels

oui ☐ non ☐

|                                    | Présent                                                     | Conséquences pour le patient |
|------------------------------------|-------------------------------------------------------------|------------------------------|
| Intolérance alimentaire            | <input type="checkbox"/>                                    | <input type="checkbox"/>     |
| - Vomissements                     | <input type="checkbox"/>                                    | <input type="checkbox"/>     |
| o Fréquence / semaine              | <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> |                              |
| - Diarrhée                         | <input type="checkbox"/>                                    | <input type="checkbox"/>     |
| - Douleurs ( abdominale et épaule) | <input type="checkbox"/>                                    | <input type="checkbox"/>     |

### Annexe 3 – fiche patient

**Evénement indésirable inattendu** Oui ☐ Non ☐

Si, oui préciser et remplir une fiche d'événement indésirable :

---

**Grossesse** oui ☐ non ☐

Dysfonctionnement du mécanisme d'ajustement Oui ☐ Non ☐

#### Suites opératoires

Contrôles radiologiques depuis l'intervention

- Nombre

- Remplissage de l'anneau oui ☐ on ☐ volume :  cc

Y a t-il eu réintervention : oui ☐ non ☐

si oui, préciser pourquoi : \_\_\_\_\_

**Décès** oui ☐ non ☐

si oui, préciser la cause : \_\_\_\_\_

Nombre de jours d'hospitalisation depuis l'intervention en rapport  
avec les suites de l'intervention :

Nombre de consultations médicales depuis l'intervention :

Nombre de consultations médicales en dehors du suivi programmé :

### Annexe 3 – fiche patient

#### VISITE 4 :6 MOIS

Centre n°   Date de la visite

Patient n°

Poids    kg

Coordonnées du médecin généraliste :

- Nom / prénom : \_\_\_\_\_

- Numéro de téléphone : \_\_\_\_\_

Coordonnées du médecin nutritionniste:

- Nom / prénom : \_\_\_\_\_

- Numéro de téléphone : \_\_\_\_\_

Coordonnées du médecin endocrinologue:

- Nom / prénom : \_\_\_\_\_

- Numéro de téléphone : \_\_\_\_\_

| <u><b>Evaluation des comorbidités</b></u>              | <u><b>Présentes</b></u>  |                          | <u><b>Traitées</b></u>   |                          |
|--------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
|                                                        | <b>Oui</b>               | <b>Non</b>               | <b>Oui</b>               | <b>Non</b>               |
| - Hypertension artérielle                              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Diabète :                                            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                          |                          |
| - antidiabétique oraux                                 |                          |                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - insulinothérapie                                     |                          |                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Dyslipidémie                                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Syndrome d'apnée du sommeil                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Insuffisance coronaire                               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Insuffisance cardiaque                               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Gonarthrose ou autre problème articulaire invalidant | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Reflux gastro-oesophagien                            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Incontinence urinaire                                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Dépression traitée                                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Autre en clair : _____                                 |                          |                          |                          |                          |

## Annexe 3 – fiche patient

### Score de la qualité de vie

Qualité de vie mesurée par le questionnaire BAROS (E. Nini et al. Evaluation de la chirurgie coelioscopique de l'obésité par le score de BAROS. Annales de chirurgie 2002 ; 127 : 107-14). Morched Al Surg 2003

### Evénements indésirables post - opératoires précoces (<30 jours) Oui ☐ Non ☐

Cocher si présent et préciser les conséquences pour le patient à l'aide de l'un des codes suivants :

- 1- événement ayant entraîné une **hospitalisation**
- 2- événement ayant entraîné une **prolongation d'hospitalisation**
- 3- événement ayant entraîné le **décès du patient**
- 4- aucune des 3 conséquences citées ci-dessus

#### **Complications médicales**

Oui ☐

Non ☐

si oui, préciser

|                                     | Présent                  | Conséquences pour le patient |
|-------------------------------------|--------------------------|------------------------------|
| - Phlébite                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     |
| - Embolie pulmonaire                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     |
| - Atélectasie, infection pulmonaire | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     |
| - Insuffisance respiratoire         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     |
| - Infarctus du myocarde             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     |
| - Accident vasculaire cérébral      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     |
| - Insuffisance rénale aigüe         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     |
| - Problème psychiatrique            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     |
| - Dénutrition                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     |
| - Anémie ferriprive                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     |

#### **Complications chirurgicales non spécifiques**

Oui ☐

Non ☐

si oui, préciser

|                                   | Présent                  | Conséquences pour le patient |
|-----------------------------------|--------------------------|------------------------------|
| - Hémorragie digestive            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     |
| - Hémopéritoine                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     |
| - Fistule et/ou abcès profond     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     |
| - Péritonite                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     |
| - Occlusion intestinale           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     |
| - Ulcère gastroduodénal           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     |
| - Lithiase biliaire symptomatique | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     |
| - Eventration                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     |
| - Infection pariétale             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     |
| - Dilatation aiguë de l'estomac   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     |
| - Erosion gastrique               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     |

## Annexe 3 – fiche patient

### Complications Chirurgicales Spécifiques de l'Anneau

#### Complications de l'anneau

|                               | Présent                  | Conséquences pour le patient |
|-------------------------------|--------------------------|------------------------------|
| - Dilatation de poche         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     |
| - Glissement                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     |
| - Migration intragastrique    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     |
| - Dilatation oesophagienne    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     |
| - Infection de l'anneau       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     |
| - Fuite au niveau de l'anneau | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     |
| - Rupture de l'anneau         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     |
| - Hernie du ballonnet         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     |

#### Complications de la chambre implantable

|                                  | Présent                  | Conséquences pour le patient |
|----------------------------------|--------------------------|------------------------------|
| - Rotation (empêchant la piqûre) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     |
| - Malposition du boîtier         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     |
| - Fuite                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     |
| - Déconnexion                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     |
| - Rupture du cathéter            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     |
| - Infection du boîtier           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     |

#### Signes fonctionnels

oui ☐ non ☐

|                                    | Présent                       | Conséquences pour le patient |
|------------------------------------|-------------------------------|------------------------------|
| Intolérance alimentaire            | <input type="checkbox"/>      | <input type="checkbox"/>     |
| - Vomissements                     | <input type="checkbox"/>      | <input type="checkbox"/>     |
| o Fréquence / semaine              | <input type="text" value=""/> |                              |
| - Diarrhée                         | <input type="checkbox"/>      | <input type="checkbox"/>     |
| - Douleurs ( abdominale et épaule) | <input type="checkbox"/>      | <input type="checkbox"/>     |

### Annexe 3 – fiche patient

**Evénement indésirable inattendu** Oui ☐ Non ☐

Si, oui préciser et remplir une fiche d'événement indésirable :

---

**Grossesse** oui ☐ non ☐

Dysfonctionnement du mécanisme d'ajustement Oui ☐ Non ☐

#### **Suites opératoires**

Contrôles radiologiques depuis l'intervention

- Nombre

- Remplissage de l'anneau oui ☐ on ☐ volume :  cc

Y a t-il eu réintervention : oui ☐ non ☐

si oui, préciser pourquoi : \_\_\_\_\_

**Décès** oui ☐ non ☐

si oui, préciser la cause : \_\_\_\_\_

Nombre de jours d'hospitalisation depuis l'intervention en rapport  
avec les suites de l'intervention :

Nombre de consultations médicales depuis l'intervention :

Nombre de consultations médicales en dehors du suivi programmé :

### Annexe 3 – fiche patient VISITE 5 : 12 MOIS

Centre n°        Date de la visite

Patient n°

Poids    kg

Coordonnées du médecin généraliste :

- Nom / prénom : \_\_\_\_\_

- Numéro de téléphone : \_\_\_\_\_

Coordonnées du médecin nutritionniste:

- Nom / prénom : \_\_\_\_\_

- Numéro de téléphone : \_\_\_\_\_

Coordonnées du médecin endocrinologue:

- Nom / prénom : \_\_\_\_\_

- Numéro de téléphone : \_\_\_\_\_

| <u><b>Evaluation des comorbidités</b></u>              | <u><b>Présentes</b></u>  |                          | <u><b>Traitées</b></u>   |                          |
|--------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
|                                                        | <b>Oui</b>               | <b>Non</b>               | <b>Oui</b>               | <b>Non</b>               |
| - Hypertension artérielle                              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Diabète :                                            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                          |                          |
| - antidiabétique oraux                                 |                          |                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - insulinothérapie                                     |                          |                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Dyslipidémie                                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Syndrome d'apnée du sommeil                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Insuffisance coronaire                               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Insuffisance cardiaque                               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Gonarthrose ou autre problème articulaire invalidant | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Reflux gastro-oesophagien                            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Incontinence urinaire                                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Dépression traitée                                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Autre en clair : _____                                 |                          |                          |                          |                          |

## Annexe 3 – fiche patient

### Score de la qualité de vie

Qualité de vie mesurée par le questionnaire BAROS (E. Nini et al. Evaluation de la chirurgie coelioscopique de l'obésité par le score de BAROS. Annales de chirurgie 2002 ; 127 : 107-14). Morched Al Surg 2003

### Evénements indésirables post - opératoires précoces (<30 jours) Oui ☐ Non ☐

Cocher si présent et préciser les conséquences pour le patient à l'aide de l'un des codes suivants :

- 1- événement ayant entraîné une **hospitalisation**
- 2- événement ayant entraîné une **prolongation d'hospitalisation**
- 3- événement ayant entraîné le **décès du patient**
- 4- aucune des 3 conséquences citées ci-dessus

#### **Complications médicales**

Oui ☐

Non ☐

si oui, préciser

|                                     | Présent                  | Conséquences pour le patient |
|-------------------------------------|--------------------------|------------------------------|
| - Phlébite                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     |
| - Embolie pulmonaire                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     |
| - Atélectasie, infection pulmonaire | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     |
| - Insuffisance respiratoire         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     |
| - Infarctus du myocarde             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     |
| - Accident vasculaire cérébral      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     |
| - Insuffisance rénale aigüe         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     |
| - Problème psychiatrique            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     |
| - Dénutrition                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     |
| - Anémie ferriprive                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     |

#### **Complications chirurgicales non spécifiques**

Oui ☐

Non ☐

si oui, préciser

|                                   | Présent                  | Conséquences pour le patient |
|-----------------------------------|--------------------------|------------------------------|
| - Hémorragie digestive            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     |
| - Hémopéritoine                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     |
| - Fistule et/ou abcès profond     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     |
| - Péritonite                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     |
| - Occlusion intestinale           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     |
| - Ulcère gastroduodénal           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     |
| - Lithiase biliaire symptomatique | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     |
| - Eventration                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     |
| - Infection pariétale             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     |
| - Dilatation aiguë de l'estomac   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     |
| - Erosion gastrique               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     |

## Annexe 3 – fiche patient

### Complications Chirurgicales Spécifiques de l'Anneau

#### Complications de l'anneau

|                               | Présent                  | Conséquences pour le patient |
|-------------------------------|--------------------------|------------------------------|
| - Dilatation de poche         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     |
| - Glissement                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     |
| - Migration intragastrique    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     |
| - Dilatation oesophagienne    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     |
| - Infection de l'anneau       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     |
| - Fuite au niveau de l'anneau | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     |
| - Rupture de l'anneau         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     |
| - Hernie du ballonnet         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     |

#### Complications de la chambre implantable

|                                  | Présent                  | Conséquences pour le patient |
|----------------------------------|--------------------------|------------------------------|
| - Rotation (empêchant la piqûre) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     |
| - Malposition du boîtier         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     |
| - Fuite                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     |
| - Déconnexion                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     |
| - Rupture du cathéter            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     |
| - Infection du boîtier           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     |

#### Signes fonctionnels

oui ☐ non ☐

|                                    | Présent                                                     | Conséquences pour le patient |
|------------------------------------|-------------------------------------------------------------|------------------------------|
| Intolérance alimentaire            | <input type="checkbox"/>                                    | <input type="checkbox"/>     |
| - Vomissements                     | <input type="checkbox"/>                                    | <input type="checkbox"/>     |
| o Fréquence / semaine              | <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> |                              |
| - Diarrhée                         | <input type="checkbox"/>                                    | <input type="checkbox"/>     |
| - Douleurs ( abdominale et épaule) | <input type="checkbox"/>                                    | <input type="checkbox"/>     |

### Annexe 3 – fiche patient

**Evénement indésirable inattendu** Oui ☐ Non ☐

Si, oui préciser et remplir une fiche d'événement indésirable :  
\_\_\_\_\_

**Grossesse** oui ☐ non ☐

Dysfonctionnement du mécanisme d'ajustement Oui ☐ Non ☐

#### Suites opératoires

Contrôles radiologiques depuis l'intervention

- Nombre

- Remplissage de l'anneau oui ☐ on ☐ volume :  cc

Y a-t-il eu réintervention : oui ☐ non ☐

si oui, préciser pourquoi : \_\_\_\_\_

**Décès** oui ☐ non ☐

si oui, préciser la cause : \_\_\_\_\_

Nombre de jours d'hospitalisation depuis l'intervention en rapport  
avec les suites de l'intervention :

Nombre de consultations médicales depuis l'intervention :

Nombre de consultations médicales en dehors du suivi programmé :

### Annexe 3 – fiche patient

#### VISITE 6 :18 MOIS

Centre n°   Date de la visite

Patient n°

Poids    kg

Coordonnées du médecin généraliste :

- Nom / prénom : \_\_\_\_\_

- Numéro de téléphone : \_\_\_\_\_

Coordonnées du médecin nutritionniste:

- Nom / prénom : \_\_\_\_\_

- Numéro de téléphone : \_\_\_\_\_

Coordonnées du médecin endocrinologue:

- Nom / prénom : \_\_\_\_\_

- Numéro de téléphone : \_\_\_\_\_

| <u><b>Evaluation des comorbidités</b></u>              | <u><b>Présentes</b></u>  |                          | <u><b>Traitées</b></u>   |                          |
|--------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
|                                                        | <b>Oui</b>               | <b>Non</b>               | <b>Oui</b>               | <b>Non</b>               |
| - Hypertension artérielle                              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Diabète :                                            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                          |                          |
| - antidiabétique oraux                                 |                          |                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - insulinothérapie                                     |                          |                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Dyslipidémie                                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Syndrome d'apnée du sommeil                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Insuffisance coronaire                               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Insuffisance cardiaque                               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Gonarthrose ou autre problème articulaire invalidant | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Reflux gastro-oesophagien                            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Incontinence urinaire                                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Dépression traitée                                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Autre en clair : _____                                 |                          |                          |                          |                          |

## Annexe 3 – fiche patient

### Score de la qualité de vie

Qualité de vie mesurée par le questionnaire BAROS (E. Nini et al. Evaluation de la chirurgie coelioscopique de l'obésité par le score de BAROS. Annales de chirurgie 2002 ; 127 : 107-14). Morched Al Surg 2003

### Evénements indésirables post - opératoires précoces (<30 jours) Oui ☐ Non ☐

Cocher si présent et préciser les conséquences pour le patient à l'aide de l'un des codes suivants :

- 1- événement ayant entraîné une **hospitalisation**
- 2- événement ayant entraîné une **prolongation d'hospitalisation**
- 3- événement ayant entraîné le **décès du patient**
- 4- aucune des 3 conséquences citées ci-dessus

#### **Complications médicales**

Oui ☐

Non ☐

si oui, préciser

|                                     | Présent                  | Conséquences pour le patient |
|-------------------------------------|--------------------------|------------------------------|
| - Phlébite                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     |
| - Embolie pulmonaire                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     |
| - Atélectasie, infection pulmonaire | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     |
| - Insuffisance respiratoire         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     |
| - Infarctus du myocarde             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     |
| - Accident vasculaire cérébral      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     |
| - Insuffisance rénale aigüe         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     |
| - Problème psychiatrique            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     |
| - Dénutrition                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     |
| - Anémie ferriprive                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     |

#### **Complications chirurgicales non spécifiques**

Oui ☐

Non ☐

si oui, préciser

|                                   | Présent                  | Conséquences pour le patient |
|-----------------------------------|--------------------------|------------------------------|
| - Hémorragie digestive            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     |
| - Hémopéritoine                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     |
| - Fistule et/ou abcès profond     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     |
| - Péritonite                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     |
| - Occlusion intestinale           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     |
| - Ulcère gastroduodénal           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     |
| - Lithiase biliaire symptomatique | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     |
| - Eventration                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     |
| - Infection pariétale             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     |
| - Dilatation aiguë de l'estomac   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     |
| - Erosion gastrique               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     |

## Annexe 3 – fiche patient

### Complications Chirurgicales Spécifiques de l'Anneau

#### Complications de l'anneau

|                               | Présent                  | Conséquences pour le patient |
|-------------------------------|--------------------------|------------------------------|
| - Dilatation de poche         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     |
| - Glissement                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     |
| - Migration intragastrique    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     |
| - Dilatation oesophagienne    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     |
| - Infection de l'anneau       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     |
| - Fuite au niveau de l'anneau | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     |
| - Rupture de l'anneau         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     |
| - Hernie du ballonnet         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     |

#### Complications de la chambre implantable

|                                  | Présent                  | Conséquences pour le patient |
|----------------------------------|--------------------------|------------------------------|
| - Rotation (empêchant la piqûre) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     |
| - Malposition du boîtier         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     |
| - Fuite                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     |
| - Déconnexion                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     |
| - Rupture du cathéter            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     |
| - Infection du boîtier           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     |

#### Signes fonctionnels

oui ☐ non ☐

|                                    | Présent                                                     | Conséquences pour le patient |
|------------------------------------|-------------------------------------------------------------|------------------------------|
| Intolérance alimentaire            | <input type="checkbox"/>                                    | <input type="checkbox"/>     |
| - Vomissements                     | <input type="checkbox"/>                                    | <input type="checkbox"/>     |
| o Fréquence / semaine              | <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> |                              |
| - Diarrhée                         | <input type="checkbox"/>                                    | <input type="checkbox"/>     |
| - Douleurs ( abdominale et épaule) | <input type="checkbox"/>                                    | <input type="checkbox"/>     |

### Annexe 3 – fiche patient

**Evénement indésirable inattendu** Oui ☐ Non ☐

Si, oui préciser et remplir une fiche d'événement indésirable :  
\_\_\_\_\_

**Grossesse** oui ☐ non ☐

Dysfonctionnement du mécanisme d'ajustement Oui ☐ Non ☐

#### Suites opératoires

Contrôles radiologiques depuis l'intervention

- Nombre

- Remplissage de l'anneau oui ☐ on ☐ volume :  cc

Y a t-il eu réintervention : oui ☐ non ☐

si oui, préciser pourquoi : \_\_\_\_\_

**Décès** oui ☐ non ☐

si oui, préciser la cause : \_\_\_\_\_

Nombre de jours d'hospitalisation depuis l'intervention en rapport  
avec les suites de l'intervention :

Nombre de consultations médicales depuis l'intervention :

Nombre de consultations médicales en dehors du suivi programmé :

### Annexe 3 – fiche patient VISITE 7 : 24 MOIS

Centre n°        Date de la visite

Patient n°

Poids    kg

Coordonnées du médecin généraliste :

- Nom / prénom : \_\_\_\_\_

- Numéro de téléphone : \_\_\_\_\_

Coordonnées du médecin nutritionniste:

- Nom / prénom : \_\_\_\_\_

- Numéro de téléphone : \_\_\_\_\_

Coordonnées du médecin endocrinologue:

- Nom / prénom : \_\_\_\_\_

- Numéro de téléphone : \_\_\_\_\_

| <u><b>Evaluation des comorbidités</b></u>              | <u><b>Présentes</b></u>  |                          | <u><b>Traitées</b></u>   |                          |
|--------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
|                                                        | <b>Oui</b>               | <b>Non</b>               | <b>Oui</b>               | <b>Non</b>               |
| - Hypertension artérielle                              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Diabète :                                            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                          |                          |
| - antidiabétique oraux                                 |                          |                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - insulinothérapie                                     |                          |                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Dyslipidémie                                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Syndrome d'apnée du sommeil                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Insuffisance coronaire                               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Insuffisance cardiaque                               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Gonarthrose ou autre problème articulaire invalidant | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Reflux gastro-oesophagien                            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Incontinence urinaire                                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Dépression traitée                                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Autre en clair : _____                                 |                          |                          |                          |                          |

## Annexe 3 – fiche patient

### Score de la qualité de vie

Qualité de vie mesurée par le questionnaire BAROS (E. Nini et al. Evaluation de la chirurgie coelioscopique de l'obésité par le score de BAROS. Annales de chirurgie 2002 ; 127 : 107-14). Morched Al Surg 2003

### Evénements indésirables post - opératoires précoces (<30 jours) Oui ☐ Non ☐

Cocher si présent et préciser les conséquences pour le patient à l'aide de l'un des codes suivants :

- 1- événement ayant entraîné une **hospitalisation**
- 2- événement ayant entraîné une **prolongation d'hospitalisation**
- 3- événement ayant entraîné le **décès du patient**
- 4- aucune des 3 conséquences citées ci-dessus

#### **Complications médicales**

Oui ☐

Non ☐

si oui, préciser

|                                     | Présent                  | Conséquences pour le patient |
|-------------------------------------|--------------------------|------------------------------|
| - Phlébite                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     |
| - Embolie pulmonaire                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     |
| - Atélectasie, infection pulmonaire | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     |
| - Insuffisance respiratoire         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     |
| - Infarctus du myocarde             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     |
| - Accident vasculaire cérébral      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     |
| - Insuffisance rénale aigüe         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     |
| - Problème psychiatrique            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     |
| - Dénutrition                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     |
| - Anémie ferriprive                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     |

#### **Complications chirurgicales non spécifiques**

Oui ☐

Non ☐

si oui, préciser

|                                   | Présent                  | Conséquences pour le patient |
|-----------------------------------|--------------------------|------------------------------|
| - Hémorragie digestive            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     |
| - Hémopéritoine                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     |
| - Fistule et/ou abcès profond     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     |
| - Péritonite                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     |
| - Occlusion intestinale           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     |
| - Ulcère gastroduodénal           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     |
| - Lithiase biliaire symptomatique | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     |
| - Eventration                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     |
| - Infection pariétale             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     |
| - Dilatation aiguë de l'estomac   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     |
| - Erosion gastrique               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     |

## Annexe 3 – fiche patient

### Complications Chirurgicales Spécifiques de l'Anneau

#### Complications de l'anneau

|                               | Présent                  | Conséquences pour le patient |
|-------------------------------|--------------------------|------------------------------|
| - Dilatation de poche         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     |
| - Glissement                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     |
| - Migration intragastrique    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     |
| - Dilatation oesophagienne    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     |
| - Infection de l'anneau       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     |
| - Fuite au niveau de l'anneau | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     |
| - Rupture de l'anneau         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     |
| - Hernie du ballonnet         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     |

#### Complications de la chambre implantable

|                                  | Présent                  | Conséquences pour le patient |
|----------------------------------|--------------------------|------------------------------|
| - Rotation (empêchant la piqûre) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     |
| - Malposition du boîtier         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     |
| - Fuite                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     |
| - Déconnexion                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     |
| - Rupture du cathéter            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     |
| - Infection du boîtier           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     |

#### Signes fonctionnels

oui ☐ non ☐

|                                    | Présent                                                     | Conséquences pour le patient |
|------------------------------------|-------------------------------------------------------------|------------------------------|
| Intolérance alimentaire            | <input type="checkbox"/>                                    | <input type="checkbox"/>     |
| - Vomissements                     | <input type="checkbox"/>                                    | <input type="checkbox"/>     |
| o Fréquence / semaine              | <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> |                              |
| - Diarrhée                         | <input type="checkbox"/>                                    | <input type="checkbox"/>     |
| - Douleurs ( abdominale et épaule) | <input type="checkbox"/>                                    | <input type="checkbox"/>     |

### Annexe 3 – fiche patient

**Evénement indésirable inattendu** Oui ☐ Non ☐

Si, oui préciser et remplir une fiche d'événement indésirable :

---

**Grossesse** oui ☐ non ☐

Dysfonctionnement du mécanisme d'ajustement Oui ☐ Non ☐

#### Suites opératoires

Contrôles radiologiques depuis l'intervention

- Nombre

- Remplissage de l'anneau oui ☐ on ☐ volume :  cc

Y a-t-il eu réintervention : oui ☐ non ☐

si oui, préciser pourquoi : 

---

**Décès** oui ☐ non ☐

si oui, préciser la cause : 

---

Nombre de jours d'hospitalisation depuis l'intervention en rapport avec les suites de l'intervention :

Nombre de consultations médicales depuis l'intervention :

Nombre de consultations médicales en dehors du suivi programmé :

### Annexe 3 – fiche patient VISITE 8 : 36 MOIS

Centre n°        Date de la visite

Patient n°

Poids    kg

Coordonnées du médecin généraliste :

- Nom / prénom : \_\_\_\_\_

- Numéro de téléphone : \_\_\_\_\_

Coordonnées du médecin nutritionniste:

- Nom / prénom : \_\_\_\_\_

- Numéro de téléphone : \_\_\_\_\_

Coordonnées du médecin endocrinologue:

- Nom / prénom : \_\_\_\_\_

- Numéro de téléphone : \_\_\_\_\_

| <u><b>Evaluation des comorbidités</b></u>              | <u><b>Présentes</b></u>  |                          | <u><b>Traitées</b></u>   |                          |
|--------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
|                                                        | <b>Oui</b>               | <b>Non</b>               | <b>Oui</b>               | <b>Non</b>               |
| - Hypertension artérielle                              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Diabète :                                            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                          |                          |
| - antidiabétique oraux                                 |                          |                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - insulinothérapie                                     |                          |                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Dyslipidémie                                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Syndrome d'apnée du sommeil                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Insuffisance coronaire                               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Insuffisance cardiaque                               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Gonarthrose ou autre problème articulaire invalidant | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Reflux gastro-oesophagien                            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Incontinence urinaire                                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Dépression traitée                                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Autre en clair : \_\_\_\_\_

## Annexe 3 – fiche patient

### Score de la qualité de vie

Qualité de vie mesurée par le questionnaire BAROS (E. Nini et al. Evaluation de la chirurgie coelioscopique de l'obésité par le score de BAROS. Annales de chirurgie 2002 ; 127 : 107-14). Morched Al Surg 2003

### Evénements indésirables post - opératoires précoces (<30 jours) Oui ☐ Non ☐

Cocher si présent et préciser les conséquences pour le patient à l'aide de l'un des codes suivants :

- 1- événement ayant entraîné une **hospitalisation**
- 2- événement ayant entraîné une **prolongation d'hospitalisation**
- 3- événement ayant entraîné le **décès du patient**
- 4- aucune des 3 conséquences citées ci-dessus

#### **Complications médicales**

Oui ☐

Non ☐

si oui, préciser

|                                     | Présent                  | Conséquences pour le patient |
|-------------------------------------|--------------------------|------------------------------|
| - Phlébite                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     |
| - Embolie pulmonaire                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     |
| - Atélectasie, infection pulmonaire | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     |
| - Insuffisance respiratoire         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     |
| - Infarctus du myocarde             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     |
| - Accident vasculaire cérébral      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     |
| - Insuffisance rénale aigüe         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     |
| - Problème psychiatrique            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     |
| - Dénutrition                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     |
| - Anémie ferriprive                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     |

#### **Complications chirurgicales non spécifiques**

Oui ☐

Non ☐

si oui, préciser

|                                   | Présent                  | Conséquences pour le patient |
|-----------------------------------|--------------------------|------------------------------|
| - Hémorragie digestive            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     |
| - Hémopéritoine                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     |
| - Fistule et/ou abcès profond     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     |
| - Péritonite                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     |
| - Occlusion intestinale           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     |
| - Ulcère gastroduodénal           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     |
| - Lithiase biliaire symptomatique | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     |
| - Eventration                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     |
| - Infection pariétale             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     |
| - Dilatation aiguë de l'estomac   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     |
| - Erosion gastrique               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     |

## Annexe 3 – fiche patient

### Complications Chirurgicales Spécifiques de l'Anneau

#### Complications de l'anneau

|                               | Présent                  | Conséquences pour le patient |
|-------------------------------|--------------------------|------------------------------|
| - Dilatation de poche         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     |
| - Glissement                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     |
| - Migration intragastrique    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     |
| - Dilatation oesophagienne    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     |
| - Infection de l'anneau       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     |
| - Fuite au niveau de l'anneau | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     |
| - Rupture de l'anneau         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     |
| - Hernie du ballonnet         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     |

#### Complications de la chambre implantable

|                                  | Présent                  | Conséquences pour le patient |
|----------------------------------|--------------------------|------------------------------|
| - Rotation (empêchant la piqure) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     |
| - Malposition du boîtier         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     |
| - Fuite                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     |
| - Déconnexion                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     |
| - Rupture du cathéter            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     |
| - Infection du boîtier           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     |

#### Signes fonctionnels

oui ☐ non ☐

|                                    | Présent                                                     | Conséquences pour le patient |
|------------------------------------|-------------------------------------------------------------|------------------------------|
| Intolérance alimentaire            | <input type="checkbox"/>                                    | <input type="checkbox"/>     |
| - Vomissements                     | <input type="checkbox"/>                                    | <input type="checkbox"/>     |
| o Fréquence / semaine              | <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> |                              |
| - Diarrhée                         | <input type="checkbox"/>                                    | <input type="checkbox"/>     |
| - Douleurs ( abdominale et épaule) | <input type="checkbox"/>                                    | <input type="checkbox"/>     |

### Annexe 3 – fiche patient

**Evénement indésirable inattendu** Oui ☐ Non ☐

Si, oui préciser et remplir une fiche d'événement indésirable :

---

**Grossesse** oui ☐ non ☐

Dysfonctionnement du mécanisme d'ajustement Oui ☐ Non ☐

#### Suites opératoires

Contrôles radiologiques depuis l'intervention

- Nombre

- Remplissage de l'anneau oui ☐ on ☐ volume :  cc

Y a-t-il eu réintervention : oui ☐ non ☐

si oui, préciser pourquoi : \_\_\_\_\_

**Décès** oui ☐ non ☐

si oui, préciser la cause : \_\_\_\_\_

Nombre de jours d'hospitalisation depuis l'intervention en rapport  
avec les suites de l'intervention :

Nombre de consultations médicales depuis l'intervention :

Nombre de consultations médicales en dehors du suivi programmé :

## Annexe 3 – fiche patient

### FICHE D'ÉVÉNEMENT INDESIRABLE

Date de survenue :

Description de l'événement indésirable et conséquences cliniques constatées :

Événement indésirable grave :    oui ☐            non ☐

- Décès ☐
- menace du pronostic vital ☐
- incapacité permanente ou importante ☐
- hospitalisation ☐
- prolongation d'hospitalisation ☐
- nécessité d'intervention médicale ou chirurgicale ☐

#### RELATION DE L'ÉVÉNEMENT AVEC LE DISPOSITIF MÉDICAL

- Non ☐
- possible ☐
- certainement ☐
- inconnue ☐

## Annexe 3 – fiche patient

### PATIENT PERDU DE VUE

#### - Dates des relances téléphoniques

|          |                      |                      |                      |                      |                      |                      |
|----------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| Visite 2 | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Visite 3 | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Visite 4 | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Visite 5 | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Visite 6 | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Visite 7 | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Visite 8 | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

#### - Date de la dernière visite

|                      |                      |                      |                      |                      |                      |
|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|

#### - Motif(s) du perdu de vue

- Décès du patient : non ☐ oui ☐

Vérification auprès de l'état civil : non ☐ oui ☐

Date du décès :   |  |  |  |  |

- Autre, préciser :

---

---

---