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/m² ☐ ☐
- IMC entre 35 et 40 kg/m², 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 ☐

Première intervention pour obésité oui ☐ non ☐

Réintervention oui ☐ non ☐

si oui CHIRURGIE ANTERIEURE

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

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"/>

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 gastroduodéal	<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"/>

B.Complications spécifiques de la Gastroplastie Verticale Calibrée

Présent	Conséquences pour le patient
- Rupture de la rangée d'agrafes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Sténose du rétrécissement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Migration de la prothèse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Signes fonctionnels oui ☐ non ☐

- Intolérance alimentaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Vomissements	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
o fréquence / semaine <input type="text"/> <input type="text"/>
- Diarrhée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Douleurs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Reflux gastro-oesophagien	<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 :

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>Evaluation des comorbidités</u>	<u>Présentes</u>	<u>Traitées</u>
Oui	Non	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 : _____

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 gastroduodéal	<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

B.Complications spécifiques de la Gastroplastie verticale calibrée

Présent	Conséquences pour le patient
- Rupture de la rangée d'agrafes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Sténose du rétrécissement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Migration de la prothèse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Signes fonctionnels	oui	non
- Intolérance alimentaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Vomissements	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
o fréquence / semaine <input type="text"/> <input type="text"/>
- Diarrhée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Douleurs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Reflux gastro-oesophagien	<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 ☐

Suites opératoires

Contrôles radiologiques depuis l'intervention

- Nombre

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>Evaluation des comorbidités</u>	<u>Présentes</u>	<u>Traitées</u>
Oui	Non	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 : _____

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 gastroduodéal | <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

B.Complications spécifiques de la Gastroplastie Verticale Calibrée

Présent	Conséquences pour le patient
- Rupture de la rangée d'agrafes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Sténose du rétrécissement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Migration de la prothèse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Signes fonctionnels	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
- Intolérance alimentaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Vomissements	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
o fréquence / semaine <input type="text"/>
- Diarrhée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Douleurs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Reflux gastro-oesophagien	<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 ☐

Suites opératoires

Contrôles radiologiques depuis l'intervention

- Nombre

--	--

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>Evaluation des comorbidités</u>	<u>Présentes</u>	<u>Traitées</u>
Oui	Non	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 : _____

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

B. Complications spécifiques de la Gastroplastie verticale calibrée

Présent	Conséquences pour le patient
- Rupture de la rangée d'agrafes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Sténose du rétrécissement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Migration de la prothèse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Signes fonctionnels	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
- Intolérance alimentaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Vomissements	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
○ fréquence / semaine <input type="text"/> <input type="text"/>
- Diarrhée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Douleurs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Reflux gastro-oesophagien	<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 ☐

Suites opératoires

Contrôles radiologiques depuis l'intervention

- Nombre

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>Evaluation des comorbidités</u>	<u>Présentes</u>	<u>Traitées</u>
Oui	Non	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 : _____

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

B.Complications spécifiques de la Gastroplastie Verticale Calibrée

Présent	Conséquences pour le patient
- Rupture de la rangée d'agrafes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Sténose du rétrécissement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Migration de la prothèse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Signes fonctionnels	oui	non
- Intolérance alimentaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Vomissements	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
o fréquence / semaine <input type="text"/>
- Diarrhée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Douleurs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Reflux gastro-oesophagien	<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 ☐

Suites opératoires

Contrôles radiologiques depuis l'intervention

- Nombre

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>Evaluation des comorbidités</u>	<u>Présentes</u>	<u>Traitées</u>
Oui	Non	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 : _____

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

B.Complications spécifiques de la Gastroplastie Verticale Calibrée

Présent	Conséquences pour le patient
- Rupture de la rangée d'agrafes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Sténose du rétrécissement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Migration de la prothèse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Signes fonctionnels	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
- Intolérance alimentaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Vomissements	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
o fréquence / semaine <input type="text"/>
- Diarrhée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Douleurs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Reflux gastro-oesophagien	<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 ☐

Suites opératoires

Contrôles radiologiques depuis l'intervention

- Nombre

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>Evaluation des comorbidités</u>	<u>Présentes</u>	<u>Traitées</u>
Oui	Non	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 : _____

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 gastroduodéal | <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

B.Complications spécifiques de la Gastroplastie Verticale Calibrée

Présent	Conséquences pour le patient
- Rupture de la rangée d'agrafes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Sténose du rétrécissement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Migration de la prothèse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Signes fonctionnels	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
- Intolérance alimentaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Vomissements	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
○ fréquence / semaine <input type="text"/> <input type="text"/>
- Diarrhée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Douleurs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Reflux gastro-oesophagien	<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 ☐

Suites opératoires

Contrôles radiologiques depuis l'intervention

- Nombre

--	--

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>Evaluation des comorbidités</u>	<u>Présentes</u>	<u>Traitées</u>
Oui	Non	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 : _____

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

B.Complications spécifiques de la Gastroplastie Verticale Calibrée

Présent	Conséquences pour le patient
- Rupture de la rangée d'agrafes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Sténose du rétrécissement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Migration de la prothèse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Signes fonctionnels	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
- Intolérance alimentaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Vomissements	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
o fréquence / semaine <input type="text"/> <input type="text"/>
- Diarrhée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Douleurs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Reflux gastro-oesophagien	<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 ☐

Suites opératoires

Contrôles radiologiques depuis l'intervention

- Nombre

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
----------	--	--	--	--	--	--	--

Visite 3
----------	--	--	--	--	--	--	--

Visite 4
----------	--	--	--	--	--	--	--	--

Visite 5

--	--

--	--

--	--	--	--

Visite 6
----------	--	--	--	--	--	--	--

Visite 7

Visite 8

- Date de la dernière visite

--	--	--	--

- Motif(s) du perdu de vue

- Décès du patient : non ☐ oui ☐

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

Date du décès :

- Autre, préciser :