

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 ² | ☐ | ☐ |
| - IMC entre 35 et 40 kg/m ² , 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 | ☐ | ☐ |

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

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 ☐

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	☐	☐
- Perforation gastrique	☐	☐
- Autre plaie d'organe	☐	☐
- Hémorragie	☐	☐

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	☐	☐
- Embolie pulmonaire	☐	☐
- Atélectasie, infection pulmonaire	☐	☐
- Insuffisance respiratoire	☐	☐
- Infarctus du myocarde	☐	☐
- Accident vasculaire cérébral	☐	☐
- Insuffisance rénale aigüe	☐	☐
- Problème psychiatrique	☐	☐
- Dénutrition	☐	☐
- Anémie ferriprive	☐	☐

Annexe 3 – fiche patient

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

	Présent	Conséquences pour le patient
- Hémorragie digestive	☐	☐
- Hémopéritoine	☐	☐
- Fistule et/ou abcès profond	☐	☐
- Péritonite	☐	☐
- Occlusion intestinale	☐	☐
- Ulcère gastroduodéal	☐	☐
- Lithiase biliaire symptomatique	☐	☐
- Eventration	☐	☐
- Infection pariétale	☐	☐
- Dilatation aiguë de l'estomac	☐	☐
- Erosion gastrique	☐	☐

B.Complications spécifiques de la Gastroplastie Verticale Calibrée

	Présent	Conséquences pour le patient
- Rupture de la rangée d'agrafes	☐	☐
- Sténose du rétrécissement	☐	☐
- Migration de la prothèse	☐	☐

Signes fonctionnels oui ☐ non ☐

- Intolérance alimentaire	☐	☐
- Vomissements	☐	☐
o fréquence / semaine		
- Diarrhée	☐	☐
- Douleurs	☐	☐
- Reflux gastro-oesophagien	☐	☐

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	☐	☐	☐	☐
- Diabète :	☐	☐		
- antidiabétique oraux			☐	☐
- insulinothérapie			☐	☐
- Dyslipidémie	☐	☐	☐	☐
- Syndrome d'apnée du sommeil	☐	☐	☐	☐
- Insuffisance coronaire	☐	☐	☐	☐
- Insuffisance cardiaque	☐	☐	☐	☐
- Gonarthrose ou autre problème articulaire invalidant	☐	☐	☐	☐
- Reflux gastro-oesophagien	☐	☐	☐	☐
- Incontinence urinaire	☐	☐	☐	☐
- Dépression traitée	☐	☐	☐	☐
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	☐	☐
- Embolie pulmonaire	☐	☐
- Atélectasie, infection pulmonaire	☐	☐
- Insuffisance respiratoire	☐	☐
- Infarctus du myocarde	☐	☐
- Accident vasculaire cérébral	☐	☐
- Insuffisance rénale aiguë	☐	☐
- Problème psychiatrique	☐	☐
- Dénutrition	☐	☐
- Anémie ferriprive	☐	☐

Complications chirurgicales non spécifiques Oui ☐

Non ☐

si oui, préciser

Présent

Conséquences pour le patient

- Hémorragie digestive	☐	☐
- Hémopéritoine	☐	☐
- Fistule et/ou abcès profond	☐	☐
- Péritonite	☐	☐
- Occlusion intestinale	☐	☐
- Ulcère gastroduodéal	☐	☐
- Lithiase biliaire symptomatique	☐	☐
- Eventration	☐	☐
- Infection pariétale	☐	☐
- Dilatation aiguë de l'estomac	☐	☐
- Erosion gastrique	☐	☐

Annexe 3 – fiche patient

B. Complications spécifiques de la Gastroplastie verticale calibrée

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

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	☐	☐	☐	☐
- Diabète :	☐	☐		
- antidiabétique oraux			☐	☐
- insulinothérapie			☐	☐
- Dyslipidémie	☐	☐	☐	☐
- Syndrome d'apnée du sommeil	☐	☐	☐	☐
- Insuffisance coronaire	☐	☐	☐	☐
- Insuffisance cardiaque	☐	☐	☐	☐
- Gonarthrose ou autre problème articulaire invalidant	☐	☐	☐	☐
- Reflux gastro-oesophagien	☐	☐	☐	☐
- Incontinence urinaire	☐	☐	☐	☐
- Dépression traitée	☐	☐	☐	☐
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 | ☐ | ☐ |
| - Embolie pulmonaire | ☐ | ☐ |
| - Atélectasie, infection pulmonaire | ☐ | ☐ |
| - Insuffisance respiratoire | ☐ | ☐ |
| - Infarctus du myocarde | ☐ | ☐ |
| - Accident vasculaire cérébral | ☐ | ☐ |
| - Insuffisance rénale aiguë | ☐ | ☐ |
| - Problème psychiatrique | ☐ | ☐ |
| - Dénutrition | ☐ | ☐ |
| - Anémie ferriprive | ☐ | ☐ |

Complications chirurgicales non spécifiques

Oui ☐

Non ☐

si oui, préciser

Présent

Conséquences pour le patient

- | | | |
|-----------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| - Hémorragie digestive | ☐ | ☐ |
| - Hémopéritoine | ☐ | ☐ |
| - Fistule et/ou abcès profond | ☐ | ☐ |
| - Péritonite | ☐ | ☐ |
| - Occlusion intestinale | ☐ | ☐ |
| - Ulcère gastroduodénal | ☐ | ☐ |
| - Lithiase biliaire symptomatique | ☐ | ☐ |
| - Eventration | ☐ | ☐ |
| - Infection pariétale | ☐ | ☐ |
| - Dilatation aiguë de l'estomac | ☐ | ☐ |
| - Erosion gastrique | ☐ | ☐ |

Annexe 3 – fiche patient

B. Complications spécifiques de la Gastroplastie Verticale Calibrée

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

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	☐	☐	☐	☐
- Diabète :	☐	☐		
- antidiabétique oraux			☐	☐
- insulinothérapie			☐	☐
- Dyslipidémie	☐	☐	☐	☐
- Syndrome d'apnée du sommeil	☐	☐	☐	☐
- Insuffisance coronaire	☐	☐	☐	☐
- Insuffisance cardiaque	☐	☐	☐	☐
- Gonarthrose ou autre problème articulaire invalidant	☐	☐	☐	☐
- Reflux gastro-oesophagien	☐	☐	☐	☐
- Incontinence urinaire	☐	☐	☐	☐
- Dépression traitée	☐	☐	☐	☐
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	☐	☐
- Embolie pulmonaire	☐	☐
- Atélectasie, infection pulmonaire	☐	☐
- Insuffisance respiratoire	☐	☐
- Infarctus du myocarde	☐	☐
- Accident vasculaire cérébral	☐	☐
- Insuffisance rénale aigüe	☐	☐
- Problème psychiatrique	☐	☐
- Dénutrition	☐	☐
- Anémie ferriprive	☐	☐

Complications chirurgicales non spécifiques

Oui ☐

Non ☐

si oui, préciser

	Présent	Conséquences pour le patient
- Hémorragie digestive	☐	☐
- Hémopéritoine	☐	☐
- Fistule et/ou abcès profond	☐	☐
- Péritonite	☐	☐
- Occlusion intestinale	☐	☐
- Ulcère gastroduodénal	☐	☐
- Lithiase biliaire symptomatique	☐	☐
- Eventration	☐	☐
- Infection pariétale	☐	☐
- Dilatation aiguë de l'estomac	☐	☐
- Erosion gastrique	☐	☐

Annexe 3 – fiche patient

B.Complications spécifiques de la Gastroplastie verticale calibrée

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

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	☐	☐	☐	☐
- Diabète :	☐	☐		
- antidiabétique oraux			☐	☐
- insulinothérapie			☐	☐
- Dyslipidémie	☐	☐	☐	☐
- Syndrome d'apnée du sommeil	☐	☐	☐	☐
- Insuffisance coronaire	☐	☐	☐	☐
- Insuffisance cardiaque	☐	☐	☐	☐
- Gonarthrose ou autre problème articulaire invalidant	☐	☐	☐	☐
- Reflux gastro-oesophagien	☐	☐	☐	☐
- Incontinence urinaire	☐	☐	☐	☐
- Dépression traitée	☐	☐	☐	☐
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	☐	☐
- Embolie pulmonaire	☐	☐
- Atélectasie, infection pulmonaire	☐	☐
- Insuffisance respiratoire	☐	☐
- Infarctus du myocarde	☐	☐
- Accident vasculaire cérébral	☐	☐
- Insuffisance rénale aigüe	☐	☐
- Problème psychiatrique	☐	☐
- Dénutrition	☐	☐
- Anémie ferriprive	☐	☐

Complications chirurgicales non spécifiques

Oui ☐

Non ☐

si oui, préciser

	Présent	Conséquences pour le patient
- Hémorragie digestive	☐	☐
- Hémopéritoine	☐	☐
- Fistule et/ou abcès profond	☐	☐
- Péritonite	☐	☐
- Occlusion intestinale	☐	☐
- Ulcère gastroduodénal	☐	☐
- Lithiase biliaire symptomatique	☐	☐
- Eventration	☐	☐
- Infection pariétale	☐	☐
- Dilatation aiguë de l'estomac	☐	☐
- Erosion gastrique	☐	☐

Annexe 3 – fiche patient

B. Complications spécifiques de la Gastroplastie Verticale Calibrée

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

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	☐	☐	☐	☐
- Diabète :	☐	☐		
- antidiabétique oraux			☐	☐
- insulinothérapie			☐	☐
- Dyslipidémie	☐	☐	☐	☐
- Syndrome d'apnée du sommeil	☐	☐	☐	☐
- Insuffisance coronaire	☐	☐	☐	☐
- Insuffisance cardiaque	☐	☐	☐	☐
- Gonarthrose ou autre problème articulaire invalidant	☐	☐	☐	☐
- Reflux gastro-oesophagien	☐	☐	☐	☐
- Incontinence urinaire	☐	☐	☐	☐
- Dépression traitée	☐	☐	☐	☐
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 | ☐ | ☐ |
| - Embolie pulmonaire | ☐ | ☐ |
| - Atélectasie, infection pulmonaire | ☐ | ☐ |
| - Insuffisance respiratoire | ☐ | ☐ |
| - Infarctus du myocarde | ☐ | ☐ |
| - Accident vasculaire cérébral | ☐ | ☐ |
| - Insuffisance rénale aigüe | ☐ | ☐ |
| - Problème psychiatrique | ☐ | ☐ |
| - Dénutrition | ☐ | ☐ |
| - Anémie ferriprive | ☐ | ☐ |

Complications chirurgicales non spécifiques

Oui ☐

Non ☐

si oui, préciser

Présent

Conséquences pour le patient

- | | | |
|-----------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| - Hémorragie digestive | ☐ | ☐ |
| - Hémopéritoine | ☐ | ☐ |
| - Fistule et/ou abcès profond | ☐ | ☐ |
| - Péritonite | ☐ | ☐ |
| - Occlusion intestinale | ☐ | ☐ |
| - Ulcère gastroduodénal | ☐ | ☐ |
| - Lithiase biliaire symptomatique | ☐ | ☐ |
| - Eventration | ☐ | ☐ |
| - Infection pariétale | ☐ | ☐ |
| - Dilatation aiguë de l'estomac | ☐ | ☐ |
| - Erosion gastrique | ☐ | ☐ |

Annexe 3 – fiche patient

B. Complications spécifiques de la Gastroplastie Verticale Calibrée

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

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	☐	☐	☐	☐
- Diabète :	☐	☐		
- antidiabétique oraux			☐	☐
- insulinothérapie			☐	☐
- Dyslipidémie	☐	☐	☐	☐
- Syndrome d'apnée du sommeil	☐	☐	☐	☐
- Insuffisance coronaire	☐	☐	☐	☐
- Insuffisance cardiaque	☐	☐	☐	☐
- Gonarthrose ou autre problème articulaire invalidant	☐	☐	☐	☐
- Reflux gastro-oesophagien	☐	☐	☐	☐
- Incontinence urinaire	☐	☐	☐	☐
- Dépression traitée	☐	☐	☐	☐
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	☐	☐
- Embolie pulmonaire	☐	☐
- Atélectasie, infection pulmonaire	☐	☐
- Insuffisance respiratoire	☐	☐
- Infarctus du myocarde	☐	☐
- Accident vasculaire cérébral	☐	☐
- Insuffisance rénale aiguë	☐	☐
- Problème psychiatrique	☐	☐
- Dénutrition	☐	☐
- Anémie ferriprive	☐	☐

Complications chirurgicales non spécifiques

Oui ☐

Non ☐

si oui, préciser

	Présent	Conséquences pour le patient
- Hémorragie digestive	☐	☐
- Hémopéritoine	☐	☐
- Fistule et/ou abcès profond	☐	☐
- Péritonite	☐	☐
- Occlusion intestinale	☐	☐
- Ulcère gastroduodénal	☐	☐
- Lithiase biliaire symptomatique	☐	☐
- Eventration	☐	☐
- Infection pariétale	☐	☐
- Dilatation aiguë de l'estomac	☐	☐
- Erosion gastrique	☐	☐

Annexe 3 – fiche patient

B. Complications spécifiques de la Gastroplastie Verticale Calibrée

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

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	☐	☐	☐	☐
- Diabète :	☐	☐		
- antidiabétique oraux			☐	☐
- insulinothérapie			☐	☐
- Dyslipidémie	☐	☐	☐	☐
- Syndrome d'apnée du sommeil	☐	☐	☐	☐
- Insuffisance coronaire	☐	☐	☐	☐
- Insuffisance cardiaque	☐	☐	☐	☐
- Gonarthrose ou autre problème articulaire invalidant	☐	☐	☐	☐
- Reflux gastro-oesophagien	☐	☐	☐	☐
- Incontinence urinaire	☐	☐	☐	☐
- Dépression traitée	☐	☐	☐	☐
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 | ☐ | ☐ |
| - Embolie pulmonaire | ☐ | ☐ |
| - Atélectasie, infection pulmonaire | ☐ | ☐ |
| - Insuffisance respiratoire | ☐ | ☐ |
| - Infarctus du myocarde | ☐ | ☐ |
| - Accident vasculaire cérébral | ☐ | ☐ |
| - Insuffisance rénale aiguë | ☐ | ☐ |
| - Problème psychiatrique | ☐ | ☐ |
| - Dénutrition | ☐ | ☐ |
| - Anémie ferriprive | ☐ | ☐ |

Complications chirurgicales non spécifiques Oui ☐

Non ☐

si oui, préciser

Présent

Conséquences pour le patient

- | | | |
|-----------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| - Hémorragie digestive | ☐ | ☐ |
| - Hémopéritoine | ☐ | ☐ |
| - Fistule et/ou abcès profond | ☐ | ☐ |
| - Péritonite | ☐ | ☐ |
| - Occlusion intestinale | ☐ | ☐ |
| - Ulcère gastroduodéal | ☐ | ☐ |
| - Lithiase biliaire symptomatique | ☐ | ☐ |
| - Eventration | ☐ | ☐ |
| - Infection pariétale | ☐ | ☐ |
| - Dilatation aiguë de l'estomac | ☐ | ☐ |
| - Erosion gastrique | ☐ | ☐ |

Annexe 3 – fiche patient

B.Complications spécifiques de la Gastroplastie Verticale Calibrée

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

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 :
