

FICHE DE CONSULTATION INITIALE



Date: _____ Nom : _____ Prénom : _____
 Date de naissance : _____ Profession : _____
 marié(e) divorcé(e) séparé(e) concubinage
 célibataire veuf(ve) Nb d'enfants : _____
 Adressé(e) par : moi-même par médecin traitant connaît un ou des opérés
 j'ai déjà consulté un chirurgien de l'obésité autre (précisez): _____

Obésité dans la famille : oui non
 Historique ; âge de début de l'obésité : _____

Poids le plus important dans ma vie : _____ kg

TENTATIVES DIETETIQUES

Noter ici précisément les régimes que vous avez tentés.

ANNEE à un ou deux ans près	DUREE du régime ou traitement	Nombre de kg perdus	REGIME	MEDECIN
ENFANCE/ADO				
ANNEE :				
ANNEE :				
ANNEE :				
ANNEE :				
ANNEE :				
ANNEE :				
ANNEE :				
CURES				
HOSPITALISATIONS POUR OBESITE				
MEDICAMENTS POUR MAIGRIR ?			Coupe-faim : <input type="checkbox"/> Isoméride <input type="checkbox"/> Médiator <input type="checkbox"/> Xénical <input type="checkbox"/> Sibutral <input type="checkbox"/> Alli <input type="checkbox"/> Acomplia	

MODE ALIMENTAIRE (cochez ce qui vous concerne)

Aux repas : très bon mangeur mange bien normalement
J'ai faim : toujours souvent parfois jamais
Je grignote : oui non
 (Si oui) beaucoup un peu
 (Pourquoi) par faim par ennui par stress à cause des horaires

J'ai un goût sucré oui non (si oui) un peu beaucoup
Je bois des boissons sucrées tous les jours occasionnellement rarement
(Si oui, lesquelles) sodas coca jus de fruits sirop
Alcool : tous les jours occasionnel rarement jamais
(Quand) apéritifs en mangeant en sortie le week-end
Tabac : oui non Nb cigarettes par jour :

MOTIVATION(cochez ce qui vous concerne)

Santé : pour ma santé pour mon avenir médical antécédents dans ma famille
Confort physique : essoufflementdouleurs articulairesescalierslacer mes chaussures
Confort psychologique : regard des autres complexé(e)
Professionnelle : douleurs fatigue contact avec le publictrouver du travail
Pour qui ? pour moi pour mon conjoint ma famille mes enfants mes parents
Vie affective : trouver quelqu'un pour mon couple conjoint favorable
Habillement : difficulté pour s'habiller
Sport : pas sportif(ve) je ne peux plus ex-sportif(ve) :
sportif(ve) pratiquant(e) : autre activité physique :
Problèmes de transpiration : très gêné(e) peu gêné(e) pas gêné(e)

MALADIES ASSOCIEES

HYPERTENSION : oui non traitement :
DIABETE : oui non traitement :
Diabète pendant la grossesse : Diabétiques dans la famille :
APNEE DU SOMMEIL : oui non je ne sais pas je suis appareillé(e)
J'ai du CHOLESTEROL : oui non je ne sais pastraitement :
PROBLEMES ARTICULAIRES :
Problèmes de dos : lombalgies lumbagos arthrose hernie discale sciatique
Genou : douleurs arthrose
Hanche : douleurs arthrose
Cheville : douleurs entorses répétées
Pieds : douleurs
Problèmes veineux : gonflement des pieds varices phlébite embolie
GYNECOLOGIQUE : problèmes de règles stérilité ouinfertilité
UROLOGIQUE : pertes d'urines à l'effort permanentes
DEPRESSION : oui non suivi psy traitement en cours :
HERNIEHIATALE ou reflux gastro-œsophagien : oui non traitement :
CONSTIPATION : oui non
ASTHME : oui non traitement :
THYROIDE : oui non traitement :
AUTRES :

ANTECEDENTS CHIRURGICAUX : j'ai été opéré(e) de :

-
-
-

AUTRES

ALLERGIES : Allergies à des médicaments :
ASPIRINE J'ai un traitement par : Kardégic Aspégic
ANTI COAGULANTS: Je prends : Préviscan Sintrom Plavix Ticlid
CONTRACEPTION: pilule stérilet stérilet hormonal
 ménopausée pas de contraception autre :