

Questionnaire d'entrée – Hôpital de jour

Evaluation traitement médicamenteux de l'obésité

DONNEES MEDICALES

Antécédents médicaux	Antécédents chirurgicaux
-	-
-	-
-	-
-	-
-	-
-	-

Allergies (médicamenteuse, alimentaires, autres...) : oui non

Si oui à quoi et quelle réaction induite :

Tabac :

- Oui → nombre de cigarettes par jour :
- Non – jamais
- Non – arrêté depuis

Antécédents psychiatriques :

.....

.....

Suivi psychiatre/psychologue :

- Oui
- Non

Traitements (si possible joindre l'ordonnance) :

-
-
-
-
-
-

Trajectoire pondérale : A quand remonte votre excès de poids ?

- A l'enfance
- A l'adolescence
- A l'âge adulte – si oui quelles décennies environ ? : Y a-t-il eu un évènement lié :
.....

Trajectoire pondérale : Avez-vous fait plusieurs cycles d'effet Yoyo au cours de votre vie ? (Perte rapide de poids suivi de reprise du poids de départ

- Oui :
- Non

Avez-vous déjà été accompagné par une diététicienne ?

- Oui :
- Non

Avez-vous déjà subi une intervention chirurgicale dans le but de contrôler votre poids ?

- Oui : Quel type ?
- Non

Avez-vous déjà pris un traitement médicamenteux dans le but de contrôler votre poids ?

- Oui :
- Non

Souffrez-vous de douleurs ?

- Oui Localisation et évaluation de 0 à 10 (0= aucune douleur ; 10= douleur insupportable).....
.....

Non

Etes-vous essoufflé quand vous montez deux étages ? (Critère médical d'essoufflement invalidant selon l'échelle NYAH)

Oui

Non

MODE DE VIE

Vous vivez (cochez la ou les réponses correspondantes) :

Seul(e)

En couple

Avec vos enfants, combien d'enfants avez-vous :

En famille (parents, frère ou sœur)

Autres :

Quelle est votre activité/profession ?

Infirmière à domicile :

Oui → à quelle fréquence et pour quels soins :

Non

Aide pour la marche :

Oui → laquelle (cane, béquille...) :

Non

DONNES DIETETIQUES

Si vous avez déjà entrepris des démarches de perte de poids précédemment, quelles ont été les difficultés rencontrées pour maintenir cette perte de poids ?

.....
.....

Quelles sont les raisons qui vous motivent à ce jour à perdre du poids ?

.....
.....

Votre poids a-t-il varié récemment ? (Prise ou perte importante ces 6 derniers mois)

- Non
- Oui → de combien et depuis quand :

Aversions alimentaires : des aliments que vous n'aimez pas manger :

- Non
- Oui → lesquels :

A quelle fréquence cuisinez-vous ?

- Tous les jours
- fois par semaine
- Jamais

Où prenez-vous vos repas ?

- A la maison
- Restaurant
- Sur votre lieu de travail
- Autre :

Prenez-vous un petit-déjeuner ?

- Non
- Oui, que mangez/buvez-vous ? :

Vous arrive-t-il de sauter des repas ?

- Oui : à quelle occasion :
- Non
- Occasionnellement :

Vous arrive-t-il de manger/grignoter entre les repas ?

- Oui :

- Non

Avez-vous l'habitude de vous resservir à table ?

- Oui
 Non
 Occasionnellement

A quelle fréquence consommez-vous des légumes (cuits et/ou crus) ?

- A chaque repas
 Tous les jours
 Plusieurs fois par semaine
 Très occasionnellement

A quelle fréquence consommez-vous des fruits ?

- A chaque repas
 Tous les jours
 Plusieurs fois par semaine
 Très occasionnellement

Combien de laitages consommez-vous en moyenne par jour (verre de lait, fromage, yaourts...) ?/jour
Lesquels ?

Quelle quantité de pain consommez-vous par jour, en prenant la baguette comme référence : baguette

Et Quel type de pain :

- Blanc
 Autre :

Votre consommation de plats préparés ou snacks (boulangerie , barquettes, etc...) :

- Jamais
 1-2 fois par semaine :
 Plus de 3 fois par semaine

Quelle quantité d'eau consommez-vous par jour ?

- 1L
 1L- 1.5L
 +1.5L

Consommez-vous des boissons sucrées (sodas, jus de fruits, sirops ...) ?

- Jamais
- Occasionnellement :
- Plusieurs fois par semaine :
- Tous les jours :

Combien de verre d'alcool consommez-vous par jour/semaine en moyenne : verres par jour/semaine

Avez-vous éliminé certains produits de votre alimentation ?

- Oui Si oui lesquels :
- Pour quelle(s) raison(s) :
- Non

Consommez-vous un aliment protéiné (viande, poisson, œufs, soja, protéines texturées) régulièrement?

- A chaque repas
- Tous les jours
- Plusieurs fois par semaine
- Très occasionnellement

Echelle Scoff :

Avez-vous déjà vomi pour vous sentir mieux après avoir mangé ?

- Oui
- Non

Craignez-vous de perdre le contrôle sur la quantité de nourriture que vous mangez ?

- Oui
- Non

Avez-vous récemment perdu plus de 6 kg en moins de trois mois ?

- Oui
- Non

Pensez-vous que vous êtes trop gros(se) alors que les autres vous considèrent comme trop mince ?

- Oui
- Non

Diriez-vous que la nourriture occupe une place dominante dans votre vie ?

- Oui
 Non

DONNEES ACIVITE PHYSIQUE

Pratiquez-vous une activité sportive ?

- Oui Si oui laquelle et à quelle fréquence
- Non

Questionnaire d'auto-évaluation du niveau d'activité physique : (entourez votre réponse)

A) Activités quotidiennes :

Quelle intensité d'activité physique votre travail requiert-il ?	Légère	Modérée	Moyenne	Intense	Très intense
Hors travail, combien d'heures consacrez-vous aux travaux légers : bricolages, ménage...	-2H	3 à 4H	5 à 6H	7 à 9H	10H et +
Combien de minutes consacrez-vous à la marche ?	- de 15'	16 à 30'	31 à 45'	46 à 60'	61' et +
Combien d'étages en moyenne montez-vous chaque jour ?	- de 2	3 à 5	6 à 10	11 à 15	16 et +

B) Activités sportives et récréatives :

Pratiquez-vous régulièrement une ou plusieurs activités physiques ou récréatives ?	Non				Oui
A quelle fréquence pratiquez-vous l'ensemble de ces activités ?	1 à 2/mois	1/semaine	2/sem.	3/sem.	4 et +/sem.
Combien de minutes consacrez-vous, en moyenne, à chaque séance d'activité physique ?	- de 15'	16 à 30'	31 à 45'	46 à 60'	61' et +

Habituellement comment percevez-vous votre effort ?

⇒ Noter le chiffre correspondant à votre ressenti durant l'effort

ÉCHELLE DE BORG

version modifiée

La perception de l'effort

