



SUIVI NUTRITIONNEL POST OPERATOIRE

NOM :

Prénom :

Date de Prise en Charge :

SOMMAIRE

SUIVI NUTRITIONNEL POST-OPERATOIRE

- Le 1^{er} mois
- Du 2^{ème} au 4^{ème} mois
- Du 4^{ème} au 12^{ème} Mois
- La deuxième année
- Les années suivantes

Docteur MA Quilichini

SUIVI NUTRITIONNEL POST-OPERATOIRE

Le 1^{er} mois

Pendant le premier mois, il est difficile de boire et de s'alimenter.

Il faut boire régulièrement par petites quantités, à la paille ou à la petite cuillère et arrêter les boissons avant les repas.

L'alimentation est liquide, mixée au début. La consistance est à adapter progressivement au cours de ce premier mois pour passer progressivement d'une consistance liquide à une consistance plus épaisse (purée), puis aux petits morceaux.

Dans tous les cas manger et boire très lentement.

Les quantités sont très limitées. Il est recommandé de prendre une collation à 10 heures et une à 16 heures pour compléter les repas.

Suivi de perte de poids le premier mois (se peser une fois par semaine)

Semaine (s)	Jour de l'opération	Sortie	2 ^{ème} semaine	3 ^{ème} semaine	4 ^{ème} semaine	5 ^{ème} semaine
Poids (Kg)						
Remarques						

Prenez le temps de préparer ce premier rendez-vous post-opératoire en complétant les informations suivantes, quelques jours avant la consultation.

- Vitamines (préciser le nom, la fréquence et la quantité prise :
- Autres traitements

Avez-vous des troubles digestifs ou urinaire (à cocher)

- Vomissements
- Douleurs
- Reflux (remontées acides)
- Constipation
- Diarrhée
- Troubles urinaires
- Autres :

Votre consommation de tabac (précisez combien par jour/semaine)

Vos boissons (précisez la quantité par jour/semaine)

- Eau
- Alcool
- Autres (gazeux, sodas, jus de fruits, thé, café..)

Combien de temps dure votre repas ?

- Moins de 20 minutes
- De 20 à 30 minutes
- Plus de 30 minutes

Quelles quantités êtes-vous capable de consommer ?

- Moins de ¼ des portions
- ¼ des portions (Reflux)
- ½ des portions
- ¾ des portions
- La totalité des portions
- Totalité de la portion

Dans le programme, quelles collations n'avez-vous pas réussi à prendre et si oui : pourquoi ?

.....

.....

.....

.....

Consommez-vous des produits sucrés ou riches en matières grasses ?

.....

.....

.....

.....

Du 2^{ème} au 4^{ème} mois

Suivi de perte de poids : les mois suivants, se peser une fois par semaine

Semaine (s)	6 ^{ème} semaine	7 ^{ème} semaine	8 ^{ème} semaine	9 ^{ème} semaine	10 ^{ème} semaine
Poids (Kg)					
Remarques					

Semaine (s)	11 ^{ème} semaine	12 ^{ème} semaine	13 ^{ème} semaine	14 ^{ème} semaine	15 ^{ème} semaine
Poids (Kg)					
Remarques					

Prenez le temps de préparer ce rendez-vous post-opératoire en complétant les informations suivantes, quelques jours avant la consultation.

- Vitamines (préciser le nom, la fréquence et la quantité prise :
- Autres traitements

Avez-vous des troubles digestifs (à cocher)

- Vomissements
- Douleurs
- Reflux (remontées acides)
- Constipation
- Diarrhée
- Autres :

Votre consommation de tabac (précisez combien par jour/semaine)

Pratiquez-vous une activité physique

Marche

- Quelle durée :
- Combien de fois/semaine

Sport : Précisez-le(s) quel(s) :

- Quelle durée ? :
- Combien de fois/semaine ? :

Vos boissons (précisez la quantité par jour/semaine)

- Eau
- Alcool
- Autres (gazeux, sodas, jus de fruits, thé, café..)

Ajoutez-vous dans le café ou le thé

- Sucre
- Edulcorant
- Rien

Combien de temps dure votre repas ?

- Moins de 20 minutes
- De 20 à 30 minutes
- Plus de 30 minutes

Quelles quantités êtes-vous capable de consommer ?

- 1/2 des portions
- 3/4 des portions
- La totalité des portions
- Plus de la totalité de la portion

Votre Alimentation

- Prenez-vous le petit déjeuner tous les jours ? OUI NON
Si « Non » combien de fois par semaine prenez-vous le petit déjeuner ? :
- Prenez-vous le déjeuner tous les jours ? OUI NON
Si « Non » combien de fois par semaine prenez-vous le déjeuner ? :
- Prenez-vous le dîner tous les jours ? OUI NON
Si « Non » combien de fois par semaine prenez-vous le dîner ? :

○ Comment se composent vos plats principaux ?

- | | | |
|---------------|-------------------|-------------------|
| ○ Protéines : | ○ Midi quantité : | ○ Soir quantité : |
| ○ Féculents : | ○ Midi quantité : | ○ Soir quantité : |
| ○ Légumes : | ○ Midi quantité : | ○ Soir quantité : |
| ○ Dessert : | ○ Midi précisez : | ○ Soir précisez : |

○ Vos plats sont-ils agrémentés de :

- Sauce
- Fromage
- Autre

○ Quel(s) type(s) de matière grasse utilisez-vous pour cuisiner ?

- | | |
|----------------------------------|------------|
| ○ Sans matière grasse | ○ Beurre : |
| ○ Huile pour les cuissons/type : | ○ Autres |
| ○ Huile crue/ type : | |

○ Vos collations : précisez si vous prenez des collations, le moment, la nature, la fréquence (ex : un fruit tous les jours à 16h)

.....
.....
.....
.....
.....

○ Consommez-vous des produits hors programme ? des produits sucrés ou riches en matières grasses. ?

.....
.....
.....
.....
.....

Comment avez-vous passé cette période ; précisez les difficultés que vous avez éventuellement rencontrées.

.....
.....
.....
.....

Quelles questions voudriez-vous aborder durant l'entretien ?

.....
.....
.....
.....

Notes :

.....
.....
.....
.....

Docteur MA Quilichini

Du 4^{ème} au 12^{ème} Mois

Suivi de perte de poids : se peser une fois par mois

Mois	4 ^{ème} Mois (Milieu)	4 ^{ème} Mois (Fin)	5 ^{ème} Mois (Milieu)	5 ^{ème} Mois (Fin)	6 ^{ème} Mois (Milieu)	6 ^{ème} Mois (Fin)
Poids (Kg)						
Remarques						

Mois	7 ^{ème} Mois	8 ^{ème} Mois	9 ^{ème} Mois	10 ^{ème} Mois	11 ^{ème} Mois	12 ^{ème} Mois
Poids (Kg)						
Remarques						

Prenez le temps de préparer ce rendez-vous post-opératoire en complétant les informations suivantes, quelques jours avant la consultation.

- Vitamines (préciser le nom, la fréquence et la quantité prise :
- Autres traitements

Avez-vous des troubles digestifs (à cocher)

- Vomissements
- Douleurs
- Reflux (remontées acides)
- Constipation
- Diarrhée
- Autres :

Votre consommation de tabac (précisez combien par jour/semaine)

Pratiquez-vous une activité physique

Marche

- Quelle durée :
- Combien de fois/semaine

Sport : Précisez-le(s) quel(s) :

- Quelle durée ? :
- Combien de fois/semaine ? :

Vos boissons (précisez la quantité par jour/semaine)

- Eau
- Alcool
- Autres (gazeux, sodas, jus de fruits, thé, café..)

Ajoutez-vous dans le café ou le thé

- Sucre
- Edulcorant
- Rien

Combien de temps dure votre repas ?

- Moins de 20 minutes
- De 20 à 30 minutes
- Plus de 30 minutes

Quelles quantités êtes-vous capable de consommer ?

- La totalité des portions
- Plus de la totalité de la portion

Votre Alimentation

- Prenez-vous le petit déjeuner tous les jours ? OUI NON
Si « Non » combien de fois par semaine prenez-vous le petit déjeuner ? :
- Prenez-vous le déjeuner tous les jours ? OUI NON
Si « Non » combien de fois par semaine prenez-vous le déjeuner ? :
- Prenez-vous le dîner tous les jours ? OUI NON
Si « Non » combien de fois par semaine prenez-vous le dîner ? :
- Comment se composent vos plats principaux ?

- | | | |
|-----------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="radio"/> Protéines : | <input type="radio"/> Midi quantité : | <input type="radio"/> Soir quantité : |
| <input type="radio"/> Féculents : | <input type="radio"/> Midi quantité : | <input type="radio"/> Soir quantité : |
| <input type="radio"/> Légumes : | <input type="radio"/> Midi quantité : | <input type="radio"/> Soir quantité : |
| <input type="radio"/> Dessert : | <input type="radio"/> Midi précisez : | <input type="radio"/> Soir précisez : |

Docteur Marc Antoine QUILICHINI
Chirurgie Digestive

Cabinet Médical 10 Place Félix BARET 13006. Tel : 04 91 13 61 50
Prise de Rendez-Vous : Doctolib ou Tel : [04 97 25 72 34](tel:0497257234)

- Vos plats sont-ils agrémentés de :
 - Sauce
 - Fromage
 - Autre

- Quel(s) type(s) de matière grasse utilisez-vous pour cuisiner ?

○ Sans matière grasse	○ Beurre :
○ Huile pour les cuissons/type :	○ Autres
○ Huile crue/ type :	

- Vos collations : précisez si vous prenez des collations, le moment, la nature, la fréquence (ex : un fruit tous les jours à 16h)

.....

.....

.....

.....

Consommez-vous des produits sucrés ou riches en matières grasses.

.....

.....

.....

.....

Que pensez-vous de vos habitudes alimentaires ? Que faudrait-il modifier selon vous ?

.....

.....

.....

.....

Comment avez-vous passé ces derniers mois ? Quelles sont vos difficultés ? Quelles questions voudriez-vous aborder durant l'entretien ?

.....

.....

.....

La deuxième année

Suivi de perte de poids : (se peser une fois par mois)

Mois	1 ^{er} mois	2 ^{ème} mois	3 ^{ème} mois	6 ^{ème} mois	9 ^{ème} mois	1 an
Poids (Kg)						
Remarques						

Prenez le temps de préparer ce rendez-vous post-opératoire en complétant les informations suivantes, quelques jours avant la consultation.

- Vitamines (préciser le nom, la fréquence et la quantité prise :
- Autres traitements

Avez-vous des troubles digestifs (à cocher)

- Vomissements
- Douleurs
- Reflux (remontées acides)
- Constipation
- Diarrhée
- Troubles urinaires
- Autres :

Votre consommation de tabac (précisez combien par jour/semaine)

Pratiquez-vous une activité physique

Marche

- Quelle durée :
- Combien de fois/semaine

Sport : Précisez-le(s) quel(s) :

- Quelle durée ? :
- Combien de fois/semaine ? :

Vos boissons (précisez la quantité par jour/semaine)

- Eau
- Alcool
- Autres (gazeux, sodas, jus de fruits, thé, café..)
-

Ajoutez-vous dans le café ou le thé

- Sucre
- Edulcorant
- Rien

Combien de temps dure votre repas ?

- Moins de 20 minutes
- De 20 à 30 minutes
- Plus de 30 minutes

Quelles quantités êtes-vous capable de consommer ?

- 1/2 des portions
- 3/4 des portions
- La totalité des portions
- Plus de la totalité de la portion

Votre Alimentation

- Prenez-vous le petit déjeuner tous les jours ? OUI NON
Si « Non » combien de fois par semaine prenez-vous le petit déjeuner ? :
- Prenez-vous le déjeuner tous les jours ? OUI NON
Si « Non » combien de fois par semaine prenez-vous le déjeuner ? :
- Prenez-vous le dîner tous les jours ? OUI NON
Si « Non » combien de fois par semaine prenez-vous le dîner ? :
- Comment se composent vos plats principaux ?

- | | | |
|-----------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="radio"/> Protéines : | <input type="radio"/> Midi quantité : | <input type="radio"/> Soir quantité : |
| <input type="radio"/> Féculents : | <input type="radio"/> Midi quantité : | <input type="radio"/> Soir quantité : |
| <input type="radio"/> Légumes : | <input type="radio"/> Midi quantité : | <input type="radio"/> Soir quantité : |
| <input type="radio"/> Dessert : | <input type="radio"/> Midi précisez : | <input type="radio"/> Soir précisez : |

- Vos plats sont-ils agrémentés de :
 - Sauce
 - Fromage

- Autre

- Quel(s) type(s) de matière grasse utilisez-vous pour cuisiner ?
 - Sans matière grasse
 - Beurre :
 - Huile pour les cuissons/type :
 - Autres
 - Huile crue/ type :

Consommez-vous des produits sucrés ou riches en matières grasses.

.....

.....

.....

.....

Comment avez-vous passé ces derniers mois ; précisez les difficultés que vous avez éventuellement rencontrées.

.....

.....

.....

.....

Quelles pensez-vous de vos habitudes alimentaires actuelles ? Que faudrait-il éventuellement modifier selon vous ?

.....

.....

.....

.....

Quel bénéfice avez-vous tiré de cette intervention (ex : confort ou qualité de vie ; diminution des douleurs ; image de soi...)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Les années suivantes

Suivi de perte de poids : se peser une fois par mois

Années	2 ^{ème} année	3 ^{ème} année	4 ^{ème} année	5 ^{ème} année	6 ^{ème} année	7 ^{ème} année
Poids (Kg)						
Remarques						

Prenez le temps de préparer ce rendez-vous post-opératoire en complétant les informations suivantes, quelques jours avant la consultation.

- Vitamines (préciser le nom, la fréquence et la quantité prise :
- Autres traitements

Avez-vous des troubles digestifs (à cocher)

- Vomissements
- Douleurs
- Reflux (remontées acides)
- Constipation
- Diarrhée
- Troubles urinaires
- Autres :

Votre consommation de tabac (précisez combien par jour/semaine)

Pratiquez-vous une activité physique

Marche

- Quelle durée :
- Combien de fois/semaine

Sport : Précisez-le(s) quel(s) :

- Quelle durée ? :
- Combien de fois/semaine ? :

Vos boissons (précisez la quantité par jour/semaine)

- Eau
- Alcool
- Autres (gazeux, sodas, jus de fruits, thé, café..)

Ajoutez-vous dans le café ou le thé

- Sucre
- Edulcorant
- Rien

Combien de temps dure votre repas ?

- Moins de 20 minutes
- De 20 à 30 minutes
- Plus de 30 minutes

Quelles quantités êtes-vous capable de consommer ?

- La totalité des portions
- Plus de la totalité des portions.

Votre Alimentation

- Prenez-vous le petit déjeuner tous les jours ? OUI NON
Si « Non » combien de fois par semaine prenez-vous le petit déjeuner ? :
- Prenez-vous le déjeuner tous les jours ? OUI NON
Si « Non » combien de fois par semaine prenez-vous le déjeuner ? :
- Prenez-vous le dîner tous les jours ? OUI NON
Si « Non » combien de fois par semaine prenez-vous le dîner ? :

- Comment se composent vos plats principaux ?

- | | | |
|-----------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="radio"/> Protéines : | <input type="radio"/> Midi quantité : | <input type="radio"/> Soir quantité : |
| <input type="radio"/> Féculents : | <input type="radio"/> Midi quantité : | <input type="radio"/> Soir quantité : |
| <input type="radio"/> Légumes : | <input type="radio"/> Midi quantité : | <input type="radio"/> Soir quantité : |
| <input type="radio"/> Dessert : | <input type="radio"/> Midi précisez : | <input type="radio"/> Soir précisez : |

- Vos plats sont-ils agrémentés de :
 - Sauce
 - Fromage
 - Autre

- Quel(s) type(s) de matière grasse utilisez-vous pour cuisiner ?
 - Sans matière grasse
 - Beurre :
 - Huile pour les cuissons/type :
 - Autres
 - Huile crue/ type :

Consommez-vous des produits sucrés ou riches en matières grasses.

.....

.....

.....

.....

Comment avez-vous passé ces derniers mois ; précisez les difficultés que vous avez éventuellement rencontrées.

.....

.....

.....

.....

Quelles pensez-vous de vos habitudes alimentaires actuelles ? Que faudrait-il éventuellement modifier selon vous ?

.....

.....

.....

.....

Quel bénéfice avez-vous tiré de cette intervention (ex : confort ou qualité de vie ; diminution des douleurs ; image de soi...)

.....

.....

.....

.....

IMPORTANT

Ce livret vous est remis afin de mieux suivre votre évolution après votre opération de chirurgie bariatrique, et vous aider à revenir à un poids normal.

Il devra être ramené à chaque consultation afin de faire le point avec les praticiens de l'équipe bariatrique, et lors de votre hospitalisation

Quelques jours avant chaque consultation de suivi post-opératoire, veuillez prendre le temps de compléter les informations qui vous sont demandées afin de mieux préparer ce rendez-vous