



SUIVI NUTRITIONNEL PRE OPERATOIRE

NOM :

Prénom :

Date de Prise en Charge :

SOMMAIRE

SUIVI NUTRITIONNEL PRE-OPERATOIRE

- Le 1^{er} mois
- Du 2^{ème} au 6^{ème} mois
- Du 6^{ème} au 12^{ème} Mois et les années suivantes ... si nécessaire

Docteur MA Quilichini

SUIVI NUTRITIONNEL PRE-OPERATOIRE

Le 1^{er} mois

Pendant le mois suivant la première consultation, veillez à mettre en place progressivement les recommandations, qui vous ont été faites et noter les difficultés que vous rencontrez.

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

Semaine (s)	1ère Consultation	1ère semaine	2 ^{ème} semaine	3 ^{ème} semaine	4 ^{ème} semaine	5 ^{ème} semaine
Poids (Kg)						
Remarques						

Prenez le temps de préparer votre prochain rendez-vous 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)

- Reflux (remontées acides)
- Constipation
- Diarrhée
- 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..)

Du 2^{ème} au 4^{ème} mois

Suivi de perte de poids : se peser une fois par semaine.

Si vos efforts sont suffisants, et la perte de poids significative, c'est à la fin de cette période, que vous serez pris(e) en charge lors d'une hospitalisation de 48 heures en général, pour réaliser l'ensemble des examens complémentaires pré opératoires,

L'équipe pluridisciplinaire bariatrique se réunit au minimum au début de chaque mois en réunion de concertation (RCP) pour émettre un avis sur votre dossier :

- Au vu des progrès que vous avez réalisés (perte de poids, modification des habitudes alimentaires, développement d'une activité physique adaptée)
- Après avoir étudié tous les examens que vous avez réalisés

Si l'avis est favorable, une demande d'entente préalable est faite auprès de la CPAM afin que vous puissiez bénéficier de cette chirurgie. L'intervention n'est réalisable qu'avec l'accord de la CPAM.

Tableau de surveillance du poids lors de la prise en charge pré opératoire.

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 vos rendez-vous en complétant les informations suivantes, quelques jours avant la consultation.

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

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

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
 - Huile pour les cuissons/type :
 - Huile crue/ type :
 - Beurre :
 - Autres

- 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 ces premier mois ; précisez les difficultés que vous avez éventuellement rencontrées.

.....

.....

Quelles questions voudriez-vous aborder durant l'entretien ?

.....

.....

Notes :

.....

.....

.....

.....

Du 4^{ème} au 12^{ème} Mois

Suivi de perte de poids : se peser une fois tous les 15 jours.

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 pré-opératoire en complétant les informations suivantes, quelques jours avant la consultation.

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

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

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 ?

- | | |
|--|--------------------------------|
| <input type="radio"/> Sans matière grasse | <input type="radio"/> Beurre : |
| <input type="radio"/> Huile pour les cuissons/type : | <input type="radio"/> Autres |
| <input type="radio"/> 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 ?

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

IMPORTANT

Ce livret vous est remis afin de mieux préparer votre opération de chirurgie bariatrique, et vous aidera à suivre de près votre évolution sur le plan nutritionnel.

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 préopératoire, veuillez prendre le temps de compléter les informations qui vous sont demandées afin de mieux préparer ce rendez-vous.