**Annexe 5 : Fiche de suivi du parcours du patient obèse adulte**

|  |
| --- |
| date de réalisation de la synthèse: |\_\_|\_\_| |\_\_|\_\_| |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_| |

|  |
| --- |
| **DONNEES ADMINISTRATIVES** |
| Nom :  | Prénom :  |
| Date de naissance :  | Sexe : |
| Activité professionnelle : oui/non profession : CMU : oui/non |
| Répertoire des PS |
| Médecin traitant : adresse : postale/mail tel : Autres :  |

|  |
| --- |
| **HISTOIRE PONDERALE** |
| date | ÉvènementEx : grossesse, chirurgie, séparation | Effet sur poids |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

|  |
| --- |
| **DONNEES CLINIQUES A LA DATE DE LA REALISATION DE LA SYNTHESE** |
|  | Actuel | Maximum |
| Poids : |  |  |
| IMC : |  |  |
| Taille |  |

|  |
| --- |
| **HISTOIRE DU PATIENT** |
| Contexte social et/ou familial : soutien familial 🞏 projet soutenu par le conjoint 🞏 enfants à charge 🞏 aide à domicile 🞏 intervention d’un PS à domicile 🞏 score EPICES>30 (à calculer à l’aide de la grille présentée en annexe 2 de ce document) oui🞏 non🞏 Antécédents familiaux : obésité familiale 🞏 nombre de membres de la famille opérés par chirurgie bariatrique 🞏 autre 🞏 en clair :Antécédents médico-chirurgicaux : dont traitements médicamenteux pouvant influer sur le poidsAutre : |
|  |
| dates | Professionnels | Modalités et résultats |
| **Date de début de** pec pluriprofessionnelle de 2eme recours coordonnée par un médecin spécialiste de l'obésité: JJ/MM/AAAA |  Médecin : Endocrinologue/ nutritionniste/ interniste/pédiatre/chirurgien bariatrique 🞏Psychologue🞏Diététicien🞏APA🞏Autre 🞏 | **Modifications des habitudes alimentaires :** objectifs fixés oui🞏 non🞏 en clair :Résultats: objectifs atteints 🞏 partiellement atteints 🞏 en cours 🞏 non atteints 🞏**Augmentation de l’activité physique :** objectifs fixés oui🞏 non🞏 en clair :Résultats : objectifs atteints 🞏 partiellement atteints 🞏 en cours 🞏 non atteints 🞏**Approche psychologique et cognitivo comportementale :** objectifs fixés oui🞏 non🞏 en clair :Résultats : objectifs atteints 🞏 partiellement atteints 🞏 en cours 🞏 non atteints 🞏**Nécessité de fixer de nouveaux objectifs** : oui🞏 non🞏 en2clair : |
| **Prises en charge par des acteurs de 1er recours, antérieures à la date de début de pec pluriprofessionnelle de 2eme recours** |
| Période de pec par les acteurs de 1er recours : mm/AA à mm/AA | médecin traitant 🞏 suivi régulier 🞏diététicien 🞏 suivi régulier 🞏psychologue🞏 suivi régulier 🞏APA 🞏 suivi régulier 🞏 | **Modifications des habitudes alimentaires :** objectifs fixés oui🞏 non🞏 en clair :Résultats: objectifs atteints 🞏 partiellement atteints 🞏 en cours 🞏 non atteints 🞏**Augmentation de l’activité physique :** objectifs fixés oui🞏 non🞏 en clair:Résultats : objectifs atteints 🞏 partiellement atteints 🞏 en cours 🞏 non atteints 🞏**Approche psychologique et cognitivo comportementale :** objectifs fixés oui🞏 non🞏 en clair:Résultats : objectifs atteints 🞏 partiellement atteints 🞏 en cours 🞏 non atteints 🞏 |
| **Autres prises en charge, antérieures ou postérieures à la date de début de pec** |
| Période : mm/AA à mm/AA | Séjour en SSR pour pec de l’obésité | SSR spécialisé 🞏 autre SSR 🞏 modalité de pec : HC 🞏 HDJ 🞏 durée : Résultats : objectifs atteints 🞏 partiellement atteints 🞏 en cours 🞏 non atteints 🞏 |
| Période : mm/AA à mm/AA | Actions d’ETP 🞏 suivi régulier 🞏 | Objectifs atteints 🞏 partiellement atteints 🞏 en cours 🞏 non atteints 🞏 |

|  |
| --- |
| **BILANS MEDICAUX** |
| 1. **SYNTHESE DES BILANS**

**réalisés au cours de la prise en charge non chirurgicale (dernier en date)** |
|  | non évalué | **date** | **résultats** | **commentaires** | **CI chirurgie à valider en RCP** |
| Bilan nutritionnel et vitaminique | 🞏 |  | Normal 🞏 pathologique🞏 |  | T 🞏 D 🞏 |
| Bilan métabolique | 🞏 |  | Normal 🞏 pathologique🞏 |  | T 🞏 D 🞏 |
| Bilan psychiatrique/psychologique | 🞏 |  | **Elément déclencheur** oui🞏 non🞏 lequel :**Mise en œuvre des recommandations****Motivation** bonne 🞏 moyenne🞏 insuffisante🞏 aucune🞏**Capacité** bonne 🞏 moyenne🞏 insuffisante🞏 aucune🞏**Impact de l’obésité sur la qualité de vie :** important🞏 moyen🞏 insignifiant🞏 |  | T 🞏 D 🞏 |
| Sexualité/ désir d’enfant | 🞏 |  |  |  |  |
| État cognitif ou mental  | 🞏 |  | Troubles cognitifs ou mentaux sévères oui🞏 non 🞏 |  | T 🞏 D 🞏 |
| Comportement alimentaire | 🞏 |  | Troubles sévères/non stabilisés oui🞏 non🞏boissons sucrées 🞏 chocolat 🞏État bucco-dentaire altéré oui 🞏 non 🞏 |  | T 🞏 D 🞏 |
| Incapacité prévisible du patient à participer à un suivi médical prolongé | 🞏 |  | oui🞏 non🞏 |  | T 🞏 D 🞏 |
| Dépendance à l’alcool et aux substances psycho actives | 🞏 |  | oui🞏 non🞏 |  | T 🞏 D 🞏 |
| Maladies mettant en jeu le pronostic vital à court ou moyen terme | 🞏 |  | oui🞏 non🞏 |  |  |
| Recherche d’une CI à l’anesthésie générale | 🞏 |  | oui🞏 non🞏 |  | T 🞏 D 🞏 |
| Autre |  |  | oui🞏 non🞏 |  | T 🞏 D 🞏 |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Bilan gériatrique (>65 ans) par un gérontologue |  🞏 |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| 1. **COMORBIDITES**
 |
|  | Présent/Absent | **Examens probants** | **commentaires** | **CI chirurgicale à valider en RCP** |
| Appareil CV | HTA | P🞏 A🞏 |  |  | T 🞏 D 🞏 |
| autres | P🞏 A🞏 |  |  | T 🞏 D 🞏 |
| Appareil respiratoire | Apnées Hypopnées Obstructives du Sommeil | P🞏 A🞏 |  |  | T 🞏 D 🞏 |
| autres troubles dont tabagisme | P🞏 A🞏 |  |  | T 🞏 D 🞏 |
| Désordres métaboliques sévères | diabète de type 2 | P🞏 A🞏 |  |  | T 🞏 D 🞏 |
| dyslipidémies | P🞏 A🞏 |  |  | T 🞏 D 🞏 |
| Maladies ostéo-articulaires invalidantes | P🞏 A🞏 |  |  | T 🞏 D 🞏 |
| Stéato-hépatite non Alcoolique. | P🞏 A🞏 |  |  | T 🞏 D 🞏 |
| Autres : ex cancer | En clair |  |  | T 🞏 D 🞏 |

|  |
| --- |
| **Modalités envisagées de pec** |
| 🞏 Suivi psychologique ou psychiatrique🞏 Suivi diététique 🞏 Suivi addicto 🞏 Prise en charge kiné ou activité physique adaptée🞏Education thérapeutique🞏 Prise en charge médicale  sous forme de 🞏 consultations spécialisées 🞏 Hospitalisation court séjour si oui type HC 🞏 /HDJ 🞏🞏 Prise en charge en SSR : HC 🞏/HDJ 🞏🞏 Avis chirurgical hors chirurgie bariatrique------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------- Avis à demander : 🞏 avis médical autre  🞏 staff pluridisciplinaire 🞏 RCP locale obésité en vue chirurgie🞏 recours à RCP obésité régionale 🞏recours à référent régional médical 🞏recours à référent régional chirurgical  |
| **CONCLUSION** : |

**Calcul du score EPICES (précarité)**

**Il faut impérativement que toutes les questions soient renseignées**

Chaque coefficient est ajouté à **75,14** si la réponse à la question est oui.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **N°** | **Questions** | **Oui** | **Non** |
| **1** | Rencontrez-vous parfois un travailleur social ? | +10,06 | 0 |
| **2** | Bénéficiez-vous d'une assurance maladie complémentaire ? | -11,83 | 0 |
| **3** | Vivez-vous en couple ? | -8,28 | 0 |
| **4** | Êtes-vous propriétaire de votre logement ? | -8,28 | 0 |
| **5** | Y-a-t-il des périodes dans le mois où vous rencontrez de réelles difficultés financières à faire face à vos besoins (alimentation, loyer, EDF…) ? | +14,80 | 0 |
| **6** | Vous est-il arrivé de faire du sport au cours des 12 derniers mois ? | -6,51 | 0 |
| **7** | Êtes-vous allé au spectacle au cours des 12 derniers mois ? | -7,10 | 0 |
| **8** | Êtes-vous parti en vacances au cours des 12 derniers mois ? | -7,10 | 0 |
| **9** | Au cours des 6 derniers mois, avez-vous eu des contacts avec des membres de votre famille autres que vos parents ou vos enfants ? | -9,47 | 0 |
| **10** | En cas de difficultés, y-a-t-il dans votre entourage des personnes sur qui vous puissiez compter pour vous héberger quelques jours en cas de besoin? | -9,47 | 0 |
| **11** | En cas de difficultés, y-a-t-il dans votre entourage des personnes sur qui vous puissiez compter pour vous apporter une aide matérielle ? | -7,10 | 0 |

Le score est continu, il varie de 0 (absence de précarité) à 100 (maximum de précarité).

**Modèle de RCP**

**REUNION DE CONCERTATION PLURIDISCIPLINAIRE OBESITE ADULTE**

Date de la RCP : |\_\_|\_\_| |\_\_|\_\_| |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|

|  |
| --- |
| **DONNEES ADMINISTRATIVES** |
| Nom :  | Prénom :  |
| Date de naissance et/ou âge :  | Sexe : |
| Médecin traitant : adresse : |

 Délai entre date de RCP et date de début prise en charge de 2eme recours : <6 mois 🞏 ; entre 6 et 12 mois 🞏  ; >12 mois 🞏

1ere RCP pour le patient : oui 🞏 non 🞏 si non dates et lieux des RCP précédentes :

Nom du coordinateur de la RCP : Nom du professionnel qui propose le dossier en RCP :

Information du patient (risques/ bénéfices chirurgie, nécessité suivi) : faite 🞏 tracée 🞏 signature d’un consentement 🞏

|  |
| --- |
| **DECISION DE LA REUNION DE CONCERTATION PLURIDISCIPLINAIRE** |
| Situation patient dans le cadre des recommandations 🞏 hors recommandations 🞏🞏 Retrait de la demande de la part du patient🞏 Prise en charge chirurgicale : 🞏 Sleeve 🞏 By-pass 🞏 Anneau 🞏 autre en clair:🞏 Prise en charge médicale : 🞏 Ambulatoire 🞏 Hospitalisation🞏 Prise en charge en SSR : 🞏 Pré-chirurgie 🞏 Post-chirurgie 🞏 Autre🞏 Suivi psychologique ou psychiatrique 🞏 Suivi diététique 🞏 Ballon intra-gastrique🞏 demande d’avis à la RCP régionale |
| **Commentaires** :  |

🞏 Envoi de la décision au médecin traitant réalisé 🞏 Information de la décision prise par la RCP transmise au patient faite

|  |
| --- |
| **BILANS  complémentaires en vue chirurgie** |
|  | **Nécessaire** | **date** | **Commentaires /résultats** | **CI chirurgie** |
| Statut nutritionnel et vitaminique, métabolique (biologie) | Oui 🞏 non 🞏 |  |  | Corrigés en date du |
| Bilan bucco-dentaire | Oui 🞏 non 🞏 |  |  | T 🞏 D 🞏 |
| Bilan cardiologique  | Oui 🞏 non 🞏 |  |  | T 🞏 D 🞏 |
| Bilan Pneumo(EFR et Polysomnographie)  | Oui 🞏 non 🞏 |  |  | T 🞏 D 🞏 |
| Bilan gastroduodénal(FOGD + Helicobacter Pylori si By pass , TOGD éventuel) | Oui 🞏 non 🞏 |  |  | T 🞏 D 🞏 |
| Bilan psychiatrique/psychologique si non antérieurement réalisé | Oui 🞏 non 🞏 |  | **Mise en œuvre des recommandations****Motivation** bonne 🞏 moyenne🞏 insuffisante🞏 aucune🞏**Capacité** bonne 🞏 moyenne🞏 insuffisante🞏 aucune🞏**Impact de l’obésité sur la qualité de vie :** important🞏 moyen🞏 insignifiant🞏 | T 🞏 D 🞏 |
| Grossesse/contraception/désir d’enfant si non antérieurement réalisé | Oui 🞏 non 🞏 |  |  | T 🞏 D 🞏 |
| Bilan pré anesthésique | Oui 🞏 non 🞏 |  |  | T 🞏 D 🞏 |

**MEDECINS ET PROFESSIONNELS PARTICIPANT**

**A LA REUNION DE CONCERTATION PLURIDISCIPLINAIRE**

Date de la RCP : |\_\_|\_\_| |\_\_|\_\_| |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **PERSONNES PRESENTES** | **NOMS** | **SIGNATURES\*** |
| Chirurgien |  |  |
| Endocrinologue/ Nutritionniste/ interniste |  |  |
| Diététicien |  |  |
| Psychiatre/Psychologue |  |  |
| Anesthésiste-Réanimateur |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

\*ou courrier adjoint à la fiche RCP donnant son avis