****

**DATE DE VOTRE JOURNÉE :**

|  |
| --- |
| **QUIZ**  *Programme d’éducation thérapeutique du patient* |
| ***« Avant ma chirurgie de l’Obésité »*** |

|  |  |
| --- | --- |
| **Numéro** |  |

**Remplissez ou cochez les zones**

|  |
| --- |
| **QUESTIONS IDE** |
|  | **Qu’est-ce que l’obésité ?** |
|  |
|  | **Mon poids actuel est de :** |  |
| **Ma Taille est de :** |  |
| **Mon IMC est donc de :**  |  |
|  | **Mon poids maximum atteint dans ma vie était de :** |
|  | **Je présente** |
|  Des complications métaboliques |  | Une hypertension artérielle |
|  | Un diabète  |
|  | une dyslipidémie (hypercholestérolémie, hypertriglycéridémie) |
|  | Une stéatose du foie |
|  | Un syndrome d’apnée du sommeil |
|  Des complications psychologiques : |  | Une altération de l’estime de soi |
|  | Une dépression |
|  Des complications locomotrices : |  | Des douleurs articulaires |
|  | Un manque de souplesse dans la vie de tous les jours |
|  | Un handicap |
|  | **J'évalue ma qualité de vie :** | Physique /10Psychique /10  |  |
|  | **Mon principal problème de santé actuel est :** |
| **QUESTIONS MEDICALES** |
|  | **Je vais être opéré**  |
|  | d'une sleeve gastrectomie |
|  | D’un By Pass Y |
|  | d'un duodenal-switch |

|  |  |
| --- | --- |
|  | **Quels sujets aimeriez-vous aborder avec les soignants concernant votre santé ?** |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
|  | **Quels sont mes bénéfices attendus après cette chirurgie de l’obésité ?** |
|  |  |
|  | **Je connais les complications possibles après cette chirurgie ?** |
| * Quelles peuvent être les complications chirurgicales ?
* Quelles peuvent être les complications nutritionnelles ?
* Quelles peuvent être les complications digestives ?
* Quelles peuvent être les complications psychologiques ?
* Quelles peuvent être les complications de la peau ?
* Quelles peuvent être les complications sur l’état général ?
 |
|  | **Cette chirurgie guérit ma maladie obésité et je ne regrossirai pas après ?** |
| **oui** |  |
| **non** |  |
|  | **Un suivi est nécessaire après ma chirurgie** |
| Pendant 2 ans ? |  |
| Pendant 5 ans ? |  |
| A vie ? |  |
|  | **Les vitamines, obligatoires après cette chirurgie sont gratuites ?** |
| **oui** |  |
| **non** |  |
|  | **La chirurgie réparatrice est intégralement remboursée ?** |
| **Oui** |  |
| **Non** |  |
| **15.** | **Je sais qui appeler si je présente un problème de santé ?** |
| **Oui** |  |
| **Non** |  |
| **16.** | **La pilule est efficace avec mon By Pass** |
| **Vrai** |  |
| **Faux** |  |
| **17.** | **Pourquoi me demande-t-on d’arrêter de fumer avant cette intervention ?** |
|  |

|  |
| --- |
| **QUESTIONS DIETETIQUES** |
| **18.** | **Je grignote en dehors des repas :** |
|  | Très souvent |
|  | Souvent |
|  | Rarement |
|  | Jamais |
| **19.** | **Quels sont les intérêts de consommer des protéines en post opératoire ?**  |
|  | Participe au maintien de la masse musculaire |
|  | Participe à l’apport énergétique |
|  | Participe à la cicatrisation |
| **20.** | **Que veut dire manger équilibré ?** |
|  | Avoir une alimentation variée en quantité illimitée |
|  | Compter les calories |
|  | Manger uniquement des fruits, légumes et viandes ou poisson sans sauce |
|  | Supprimer le sucre et le gras |
|  | Manger de tout modérément en respectant la répartition des différents groupes d'aliments |
| **21.** | **Quel est la structure des repas en post opératoire immédiat ?** |
|  | 3 repas et 2 collations |
|  | 3 repas et 3 collations |
|  | 4 repas et 1 collation |
| **22.** | **Quelle est la texture des aliments le premier mois en post opératoire ?**  |
|  | Mixée |
|  | Liquide |
|  | Normale |
| **23.** | **Il vaut mieux prévoir une collation dans la journée que de grignoter :** |
|  | Oui |
|  | Non |

|  |  |
| --- | --- |
| **24.** | **Quel est le temps de repas idéal ?**  |
| 10 à 20 minutes |
| 20 à 30 minutes |
| 30 à 40 minutes |
| 1 heure |
| **25.** | **Citez les causes alimentaires responsables d'une reprise de poids**  |
|  |
| **26.** | **Les boissons gazeuses sont-elles autorisées en post-opératoire ?** |
|  | Oui |
|  | Non |

|  |
| --- |
| **QUESTIONS PSYCHO-SOCIALES** |
| **27.** | **J’ai des pensées obsessionnelles autour de la nourriture :** |
|  | Oui |
|  | Non |
| **28.** | **Je prends régulièrement de l’alcool ou des drogues :** |
|  | Jamais |
|  | ponctuellement |
|  | Régulièrement |
| **29.** | **Pouvez-vous citer des exemples de faims mentales ?** |
|  | oui |
|  | non |
|  | Lesquelles ? |
| **30.** | **Quels sont les symptômes qui indiquent votre faim physique ?** |
|  |
| **31.** | **Ma vie familiale ou professionnelle présente un stress ?** |
|  | Oui |
|  | Non |
| **32.** | **J’ai des personnes sur qui « compter » ?** |
|  | Oui |
|  | Non |
| **33.** | **Mon état d'esprit et mes émotions peuvent avoir une influence sur mon poids ?** |
|  | Oui |
|  | Non |
| **34.** | **Il faut privilégier l'écoute des sensations alimentaires de son corps après une opération bariatrique, au risque de reprendre du poids?** |
| Oui |  |
| Non |  |
| **35.** | **La prise de poids est uniquement liée à mon alimentation?**    |
| Oui |  |
| Non |  |
| **36.** | **Quelle est la définition de satiété et de rassasiement?**  |
|  |

|  |
| --- |
| **QUESTIONS EN ACTIVITES PHYSIQUES** |
| **37.** | **Quelle activité physique pratiquez-vous ? A quelle fréquence ? Quelle durée ?** |
|  |
| **38.** | **Citer 3 intérêts de l’activité physique après intervention** |
|  |
| **39.** | **Quelles activités physiques peut-on faire le premier mois après l’intervention ? Pouvez-vous donner des exemples.**  |
|  |
| **40.** | **Quelles activités physiques peut-on faire après le deuxième mois après l’intervention ? Pouvez-vous donner des exemples.** |
|  |