****

**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 /10  Psychique /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.** |
|  |