Nom :.....Prénom :.....Téléphones :.....

Date d'inclusion dans la cohorte obésité :...../...../.....
Traité initialement par PPC : □ Oui □ Non date de début : .....
Traité initialement par VNI : □ Oui □ Non date de début : .....
Suivi actuellement par AGIR à Dom : □ Oui □ Non
A été suivi par AGIR à Dom : □ Oui □ Non

Date de l'appel :...../...../.....

1. **Quel est le nom et l'adresse de votre médecin traitant ?**

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

2. **Avez-vous des traitements actuellement ?**

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

Envoie enveloppe T pour copie de l'ordonnance ?: □ Oui □ Non
à l'adresse :

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

3. **Avez-vous un suivi pneumologique actuellement ?**
   □ Oui □ Non Nom pneumologue :.....
4. **Fumez-vous actuellement ?** □ Oui □ Non nb cig/jour :.....
5. **A propos du syndrome d'apnées du sommeil :**
   a. Etes-vous actuellement traité pour un SAOS ou d'autres problèmes respiratoires pendant le sommeil ? □ Oui □ Non
   b. Comment est-vous traité ? □ PPC □ Orthèse
   c. Combien de temps l'utilisez-vous par nuit ? .....heures
   d. Avez-vous eu une chirurgie du voile du palais ou maxillo-faciale pour le SAOS ? □ Oui □ Non Date :..... Hôpital :.....
6. **Quel est votre taille actuelle: .....**cm
7. **Quel est votre poids actuel : .....**.kg
8. **Avez-vous eu une chirurgie bariatrique ?**
   □ Oui □ Non Date :..... Hôpital :.....

9. A propos de diabète :

a. Avez-vous un diabète ? □ Oui □ Non
Etes-vous traité pour ce diabète? □ Oui □ Non

b. A quelle date a-t-il été découvert ?:……

c. Avez-vous été hospitalisé pour un problème de diabète ?
□ Oui □ Non Date :…… Hôpital :……

10. Avez-vous de l'hypertension artérielle ?

□ Oui □ Non Etes-vous traité pour cette tension ? □ Oui □ Non

11. Avez-vous eu un problème au niveau des artères du cœur ?

a. Infarctus du myocarde :
□ Oui □ Non Date :…… Hôpital :……

b. Angine de poitrine :
□ Oui □ Non Date :…… Hôpital :……

c. Chirurgie du cœur (dilatation coronarienne avec ou sans stent, pontage coronarien) :
□ Oui □ Non Date :…… Hôpital :……

12. Avez-vous eu un trouble du rythme du cœur ?

□ Oui □ Non Date :……
Hôpital/cabinet médicale :……

13. Avez-vous fait un épisode d'insuffisance cardiaque ?

□ Oui □ Non Date :……
Hôpital/cabinet médicale :……

14. Avez-vous eu un problème au niveau de l'aorte cad l'artère qui part du cœur ?

□ Oui □ Non Date :……
Hôpital/cabinet médicale :……
Dans les suites avez-vous été opéré de l'aorte ?
□ Oui □ Non Date :…… Hôpital :……

15. Avez-vous eu un problème d'artère des membres inférieurs ?

□ Oui □ Non Date :……
Hôpital/cabinet médicale :……
Dans les suites avez-vous été opéré de l'artère d'une jambe?
□ Oui □ Non Date :…… Hôpital :……

16. Avez-vous été hospitalisé pour un problème respiratoire ?

□ Oui □ Non Date :…… Hôpital :……

17. Avez-vous eu un problème neurologique (paralysie, troubles du langage transitoire ou persistant, accident vasculaire cérébral) ?

□ Oui □ Non Date :……
Hôpital /cabinet médicale :……
Dans les suites avez-vous été opéré de l'artère d'une artère carotide ?
□ Oui □ Non Date :…… Hôpital :……

18. A-t-on découvert un cancer au cours de votre surveillance ?

□ Oui □ Non Date :……
Hôpital/cabinet médicale :……

19. Avez-vous été hospitalisé pour une autre cause que celles que nous venons d'évoquer ?

Mois et année	Hôpital/Clinique	Nom du Service	Raisons

20. Accepteriez-vous de refaire un bilan de suivi complet dans le service du docteur Pepin ?

☐ Oui ☐ Non