

**Questionnaire à l'attention des centres bariatriques****1. Nom et adresse complète de l'établissement (1 questionnaire par établissement)**

e-mail

2. Informations concernant les membres de l'équipe multidisciplinaire bariatrique (noms et adresses, expérience bariatrique)

A. Chirurgien responsable :

e-mail :

Expérience bariatrique depuis (années)

Nombre total d'interventions effectuées

Types d'interventions effectuées

VBG Oui / Non

Cerclage gastrique Oui / Non

Bypass gastrique Oui / Non

Sleeve gastrectomy Oui / Non

BPD / BPD-DS Oui / Non

Réopérations Oui / Non

Membre SMOB ? Oui / Non

Formation bariatrique: Pendant formation générale Oui / Non

Cours / Workshop Oui / Non

Self Oui / Non

Congrès IFSO / ASMBS Oui / Non

Stage dans service spécialisé Oui / Non

B. Chirurgien No 2 :

e-mail :

Expérience bariatrique depuis (année)	
Nombre total d'interventions effectuées	
Types d'interventions effectuées	VBG	Oui / Non
	Cerclage gastrique	Oui / Non
	Bypass gastrique	Oui / Non
	Sleeve gastrectomy	Oui / Non
	BPD / BPD-DS	Oui / Non
	Réopérations	Oui / Non
Membre SMOB ?		Oui / Non
Formation bariatrique:	Pendant formation générale	Oui / Non
	Cours / Workshop	Oui / Non
	Self	Oui / Non
	Congrès IFSO / ASMBS	Oui / Non
	Stage dans service spécialisé	Oui / Non

C. Chirurgien No 3 :

e-mail :

Expérience bariatrique depuis (année)	
Nombre total d'interventions effectuées	
Types d'interventions effectuées	VBG	Oui / Non
	Cerclage gastrique	Oui / Non
	Bypass gastrique	Oui / Non
	Sleeve gastrectomy	Oui / Non
	BPD / BPD-DS	Oui / Non
	Réopérations	Oui / Non
Membre SMOB ?		Oui / Non
Formation bariatrique:	Pendant formation générale	Oui / Non

Cours / Workshop	Oui / Non
Self	Oui / Non
Congrès IFSO / ASMBS	Oui / Non
Stage dans service spécialisé	Oui / Non

D. Interniste/endocrinologue responsable :

e-mail :

Expérience bariatrique depuis (année)

.....

Membre SMOB

Oui / Non

E. Interniste/endocrinologue No 2 :

e-mail :

Expérience bariatrique depuis (année)

.....

Membre SMOB ?

Oui / Non

F. Interniste/endocrinologue No 3 :

e-mail :

Expérience bariatrique depuis (année)

.....

Membre SMOB ?

Oui / Non

G. Psychiatre responsable :

e-mail :

Expérience bariatrique depuis (année)

.....

Membre SMOB ?

Oui / Non

H. Psychiatre/psychologue No 2 :

e-mail :

Expérience bariatrique depuis (année)

.....

Membre SMOB ?

Oui / Non

I. Psychiatre/psychologue No 3 :

e-mail :

Expérience bariatrique depuis (année)

.....

Membre SMOB ?

Oui / Non

J. Diététicien/ne No 1

e-mail :

K. Diététicien/ne No 2

e-mail :

L. Diététicien/ne No 3

e-mail :

M. Diététicien/ne No 4

e-mail :

3. Informations concernant l'évaluation pré-opératoire des patients

A. Evaluation pré-opératoire

Décrivez dans les tableau ci-dessous le protocole d'évaluation pré-opératoire des malades qui est en vigueur dans votre établissement. Précisez ce qui est obligatoire (et par conséquent concerne chaque malade) et ce qui est facultatif/optionnel (voir directives SMOB 7.3.1). Dans les cas où un test est facultatif/optionnel, indiquez les indications qui vous poussent à le demander.

Evaluations obligatoires (selon directives SMOB)	Oui	Non
Investigations de routine comme pour toute autre intervention abdominal majeure (anamnèse, examen clinique, laboratoire, et autres tests indiqués (radiographies, ECG, ...))		
Investigations de l'état de santé et de l'état nutritionnel actuels détaillés (co-morbidités)		
Consultation diététique : habitudes alimentaires, type d'alimentation, informations quant aux changements des habitudes alimentaires nécessaires après l'intervention		
Consilium psychiatrique		
Investigations gastro-entérologiques : Oeso-gastro-duodéoscopie, y compris rechercher d'Hélicobacter pylori		
Optimisation du traitement des affections associées et de l'état nutritionnel		
Autres :		

Investigations facultatives (selon directives SMOB)	Indication

Chaque cas est discuté dans le cadre du groupe multidisciplinaire Oui / Non

Seuls les cas particuliers sont discutés Oui / Non

Aucun cas n'est discuté dans le cadre de l'équipe Oui / Non

B. Préparation à l'intervention

En-dehors de l'évaluation médicale en vue d'une éventuelle intervention bariatrique, offrez-vous aux malades une préparation particulière à l'intervention ?

Oui / Non

Si oui, en quoi consiste cette préparation ?

Des documents écrits explicatifs sont-ils systématiquement remis aux malades dans le cadre de cette préparation ?

Oui / Non

D'une manière générale, offrez-vous une prise en charge pré-opératoire pour les malades qui présentent des troubles du comportement alimentaire susceptibles d'influencer de manière négative les résultats de l'opération ?

Oui / Non

Si oui, de quels types ?

Pharmacothérapie	Oui / Non
Thérapie comportementale	Oui / Non
Thérapie de groupe	Oui / Non

Faites-vous signer au patient un consentement écrit pour l'intervention ?

Oui / Non

Faites-vous signer au patient un engagement écrit en ce qui concerne le suivi post-opératoire ?

Oui / Non

4. Activités chirurgicales

C. Quels types d'interventions primaires offrez-vous aux malades dans votre établissement ?

Gastroplastie verticale	Oui / Non
Cerclage gastrique	Oui / Non
Sleeve gastrectomy	Oui / Non
Bypass gastrique proximal	Oui / Non
Bypass gastrique distal	Oui / Non
BPD selon Scopinaro	Oui / Non
BPD-DS	Oui / Non
Interventions en deux temps	Oui / Non
Réinterventions majeures	Oui / Non

D. En première intention, quelle intervention représente le plus souvent le premier choix dans votre pratique ?

E. Avez-vous un algorithme pour décider du type d'intervention à proposer au patient ?

Oui / Non

5. Suivi post-opératoire

A. Comment les différents membres de votre équipe multidisciplinaire, participent-ils au suivi des malades ?

Intervenant	Participe	Systématiquement	A la demande
	Oui / Non	Oui / Non	Oui / Non
Le chirurgien			
L'interniste			
La diététicienne			
Le psychiatre			
Le plasticien			

B. A quelle fréquence voyez-vous les malades pendant le suivi post-opératoire ?

Période	Fréquence et type de suivi
1 ^{er} semestre	
2 ^{ème} semestre	
2 ^{ème} année	
3 ^{ème} année	
4 ^{ème} année	
5 ^{ème} année	
Après la 5 ^{ème} année	

Y a-t-il une limite de temps au-delà de laquelle vous interrompez le suivi systématique des malades pour le déléguer au médecin-traitant ?

Oui / Non

C. Quelle est votre attitude envers les malades qui ne se présentent pas aux consultations prévues pour le suivi

Vous n'intervenez pas et attendez Oui / Non

Vous les contactez pour leur faire remarquer leur oubli
et leur proposer un autre rendez-vous Oui / Non

Vous insistez s'ils ne viennent pas malgré un (des) rappel(s) Oui / Non

D. Offre aux patients pendant la préparation ou le suivi

Offrez-vous aux malades avant ou après l'intervention un programme d'activité physique /
physiothérapie ?

Oui / Non

Offrez-vous aux malades opérés la possibilité de participer à des rencontres dans le cadre de
groupes de soutien ?

Oui / Non

6. Offre hospitalière

A. Equipement en général de l'hôpital

Votre établissement est-il équipé de :

Service de soins intensifs ?	Oui / Non
Service de soins continus ?	Oui / Non
D'un service de radiologie fonctionnel 24h/24	Oui / Non
Avec CT-scan 24h/24	Oui / Non
D'un service d'urgences 24h/24 ?	Oui / Non

B. Aspects généraux de la prise en charge de l'obésité

Structure de prise en charge conservative de l'obésité	Oui / Non
--	-----------

Si oui, s'agit-il de :

Thérapie individuelles	Oui / Non
Thérapies en groupe	Oui / Non
Thérapie médicamenteuses	Oui / Non
Physiothérapie	

7. Expérience globale de votre établissement

Au cours des cinq dernières années, décrivez combien d'interventions de chaque type ont été réalisées dans votre établissement, tous chirurgiens confondus (veuillez vous référer aux directives SMOB pour la définition précise des interventions) :

Type d'intervention	2006	2007	2008	2009	2010
Cerclage gastrique					
Gastroplastie verticale					
Sleeve gastrectomy					
Bypass gastrique proximal					
Bypass gastrique distal					
Dérivation bilio-pancréatique selon Scopinaro					
Dérivation bilio-pancréatique de type BPD/DS					
Dont nombre de malades traités avec une stratégie en deux temps (même si le deuxième temps n'a pas été effectué)					
Réopérations bariatriques majeures (conversion d'une technique vers une autre)					

Si vous n'avez pas encore d'expérience bariatrique dans votre établissement (début d'activité), quel volume d'activité envisagez-vous pour la première année ?

..... cas / année

8. Engagement à enregistrer les données dans le registre suisse via AQC

Dans le cadre du programme de contrôle de qualité, nous nous engageons à introduire toutes les données requises pour chacun des malades opérés dans notre établissement par le système AQC.

Oui / Non

Lieu et date :

Le chirurgien bariatrique responsable
(timbre et signature)

L'interniste responsable
(timbre et signature)