



BARIATRIC SURGERY CLINIC REFERRAL

Fax to: Bariatric Surgery Clinic
 Specific bariatric surgeon (indicate name):

►Identification of referring professional◄			
Referral from: <input type="checkbox"/> Primary care physician <input type="checkbox"/> Specialist			
Name of referring physician		License No.	
Telephone No.		Fax No.	
Signature		Date request made	YYYY-MM-DD
Send correspondence to: <input type="checkbox"/> Primary care physician <input type="checkbox"/> Specialist <input type="checkbox"/> Other physician			
Indicate name and email/ mailing address			
►Indication for bariatric surgery◄			
Patient information			
Age	Height	Weight	Body Mass Index (BMI)
►Level 1 – If BMI ≥ 35 and any of the following conditions apply◄			Priority level
<input type="checkbox"/> Gynecological malignancy (e.g. uterine cancer)			P1 Urgent ≤ 30 days
<input type="checkbox"/> Significant medical conditions in risk of progression (e.g. compensated Child A cirrhosis, poorly controlled type 2 diabetes despite medical therapy – HbA1C > 7%)			P2 Urgent ≤ 30 days
<input type="checkbox"/> End-stage renal disease/pre-kidney transplant			P2 Urgent ≤ 30 days
<input type="checkbox"/> Surgical intervention conditional on prior weight loss, specify: <input type="checkbox"/> Orthopaedic surgery – joint replacement, spine surgery <input type="checkbox"/> Complex abdominal wall hernia repair			P3 Semi-elective ≤ 60 days
<input type="checkbox"/> Complication from a previous bariatric surgery irrespective of BMI (e.g. slipped gastric band)			P3 Semi-elective ≤ 60 days
<input type="checkbox"/> Presence of extreme obesity (BMI ≥ 60)			P3 Semi-elective ≤ 60 days
►Level 2 – If BMI ≥ 35 in the presence of following comorbidities◄			
Metabolic syndrome <input type="checkbox"/> Diabetes: <input type="checkbox"/> Oral hypoglycemic agents <input type="checkbox"/> Insulin <input type="checkbox"/> Type 1 diabetes <input type="checkbox"/> Hypertension <input type="checkbox"/> Dyslipidemia			P4 Elective ≤ 3 months
Respiratory problems <input type="checkbox"/> Obstructive sleep apnea (OSA) requiring CPAP/BiPAP <input type="checkbox"/> High index of suspicion for OSA, STOPBANG score: <input type="checkbox"/> Asthma			P4 Elective ≤ 3 months
Cardiac problems <input type="checkbox"/> Coronary artery disease (CAD) <input type="checkbox"/> Severe CAD requiring percutaneous coronary intervention or coronary artery bypass grafting <input type="checkbox"/> Cardiac arrhythmia			P4 Elective ≤ 3 months
<input type="checkbox"/> Presence of class III obesity (BMI ≥ 40) without obesity-related comorbidity			P5 Elective



CONSULTATION À LA CLINIQUE DE CHIRURGIE BARIATRIQUE

Demande télécopiée à: Clinique Chirurgie Bariatrique
 Chirurgien bariatrique spécifique (indiquer nom):

► Identification du professionnel référent ◀			
Consultation demandée par: <input type="checkbox"/> Médecin de famille <input type="checkbox"/> Spécialiste			
Nom du médecin référent		N° de permis.	
N° de téléphone		N° de télécopieur	
Signature		Date de la demande	AAAA-MM-JJ
Copie des résultats à: <input type="checkbox"/> Médecin de famille <input type="checkbox"/> Spécialiste <input type="checkbox"/> Autre médecin			
Indiquez le nom et l'adresse courriel/ l'adresse postale			
► Indication pour la chirurgie bariatrique ◀			
Information du patient			
Âge	Taille	Poids	Indice de masse corporelle (IMC)
► Niveau 1 – Si IMC ≥ 35 et si une des conditions suivantes est présente ◀			Niveau de priorité
<input type="checkbox"/> Cancer gynécologique (e.g. cancer de l'utérus)			P1 Urgent ≤ 30 jours
<input type="checkbox"/> Condition médicale sérieuse à risque de progression (e.g. cirrhose compensée Child A, le diabète type II mal contrôlé malgré le traitement médical – HbA1C > 7%)			P2 Urgent ≤ 30 jours
<input type="checkbox"/> Insuffisance rénale terminale/pré-greffe rénale			P2 Urgent ≤ 30 jours
<input type="checkbox"/> Intervention chirurgicale planifiée nécessitant une perte de poids au préalable, spécifier : <input type="checkbox"/> Chirurgie orthopédique – arthroplastie, chirurgie de la colonne vertébrale <input type="checkbox"/> Chirurgie pour cure d'hernie de la paroi abdominale			P3 Semi-électif ≤ 60 jours
<input type="checkbox"/> Complication d'une chirurgie bariatrique antérieure, indépendamment de l'IMC (e.g. migration de l'anneau)			P3 Semi-électif ≤ 60 jours
<input type="checkbox"/> Présence d'obésité morbide sévère (IMC ≥ 60)			P3 Semi-électif ≤ 60 jours
► Niveau 2 – Si IMC ≥ 35 avec une des comorbidités suivantes ◀			
Syndrome métabolique <input type="checkbox"/> Diabète: <input type="checkbox"/> Hypoglycémiant oraux <input type="checkbox"/> Insuline <input type="checkbox"/> Diabète type I <input type="checkbox"/> Hypertension <input type="checkbox"/> Dyslipidémie			P4 Électif ≤ 3 mois
Problème respiratoire <input type="checkbox"/> Apnée obstructive du sommeil (AOS) nécessitant l'appareil CPAP/BPAP <input type="checkbox"/> Indice de suspicion élevé d'AOS, score STOPBANG : <input type="checkbox"/> Asthme			P4 Électif ≤ 3 mois
Problème cardiaque <input type="checkbox"/> Maladie coronarienne athérosclérosante (MCAS) <input type="checkbox"/> MCAS sévère nécessitant l'angiographie coronaire ou pontage aortocoronarien <input type="checkbox"/> Troubles du rythme cardiaque			P4 Électif ≤ 3 mois
<input type="checkbox"/> Présence d'obésité classe III (IMC ≥ 40) sans comorbidités liées à l'obésité			P5 Électif