PROTOCOLO PARA SOLICITAÇÃO DE CIRURGIA BARIÁTRICA

Unimed Maringá

Nome: _____ Código: _____

Plano: _____ Idade: _____ Altura: _____ m Peso: _____ kg IMC: _____

Indicação do(a) CLÍNICO ASSISTENTE: Declaro ser o(a) paciente acima identificado(a) portador(a) de **OBESIDADE MÓRBIDA** por mais de 2 anos (sem resposta adequada aos vários tratamentos clínicos e dietéticos instituídos há mais de um ano), apresentando:

☐ IMC = ou > 40

☐ IMC entre 35 e 39, com CO-MORBIDADE, a saber: _____

_____

estando indicada a realização de cirurgia bariátrica

/ /

_____
Assinatura e carimbo do(a) Médico(a)

Declaração do CIRURGIÃO: Declaro que dei ao paciente acima identificado(a) ciência de todas as conseqüências da cirúrgia à qual propõe submeter-se, inclusive de possíveis complicações dela decorrentes, de curto, médio e longo prazo, ainda que previsíveis.

/ /

_____
Assinatura e carimbo do(a) Cirurgião

Avaliação PSIQUIÁTRICA: Declaro, estar o(a) paciente acima identificado(a):

☐ Lúcido(a), orientado(a), em condições normais de saúde mental, completamente capaz de avaliar as conseqüências de curto, médio e longo prazos do ato que será submetido(a), das quais tem consciência e avalia com juízo crítico adequado.

☐ Sem condições psicológicas para avaliar as consequências do ato cirúrgico a ser submetido(a), estando CONTRAINDICADA, do ponto de vista psiquiátrico, sua realização.

/ /

_____
Assinatura e carimbo do(a) Psiquiatra

Declaro estar ciente de todas as conseqüências de curto, médio e longo prazos do ato cirúrgico ao qual serei submetido(a), estando de pleno acordo com a realização do mesmo, bem como da necessidade de acompanhamento de longo prazo (mínimo de 5 anos).

/ /

_____
Assinatura do(a) Paciente - RG:

TESTEMUNHAS: _____ _____

RG: RG:

ANS - n.º 371254