Unimed Costa do Descobrimento
www.unimedcd.coop.br
Rua Padre João Gualberto de Magalhães, 765
45820-645 Vivendas Costa Azul - Eunápolis/BA
T. 73 3281-8600

# FORMULÁRIO CIRURGIA DE OBESIDADE MÓRBIDA

**DOCUMENTOS NECESSÁRIOS:**

1. Laudo de médico Cirurgião Geral ou Endocrinologista;
2. Laudo de médico Psiquiatra ou Psicólogo;
3. Termo de Consentimento Espontâneo e Informado com assinatura do paciente e de familiar;
4. Exames (com validade de até 2 meses): Hemograma, TAP-TS-PTTK, Glicemia em jejum e pós prandial (2h), Colesterol, HDL, Triglicerídeos, Uréia, Creatinina, TGP, Gama GT,
5. Albumina e Parasitológico de Fezes;
6. Em caso de portador de doença crônica, laudo do profissional que o acompanha comafirmação de não contra-indicar o procedimento cirúrgico bariátrico;
7. Em caso de co-morbidade agravada pela obesidade, laudo de profissional que o acompanha e Indicação da cirurgia bariátrica.

Unimed Costa do Descobrimento
www.unimedcd.coop.br
Rua Padre João Gualberto de Magalhães, 765
45820-645 Vivendas Costa Azul - Eunápolis/BA
T. 73 3281-8600

# FORMULÁRIO I
# AVALIAÇÃO MÉDICA- CLÍNICO GERAL OU ENDOCRINOLOGISTA

**Nome:**_____

**Cód Carteirinha:** _____**Sexo:**_____**Idade:**_____

**Profissão:**_____

**Estado Civil:**_____ **Idade de início da obesidade:**_____

Tratamentos Médicos Realizados Para Obesidade:

_____

_____

_____

_____

Têm Comorbidades? Cite:

_____

_____

_____

_____

Tipo de tratamento atual:

(  ) Insulina

Dose:_____

Tipo:_____

(  ) Hipoglicemiante

Qual:_____Dosagem: _____

(  )Anti Hiperglicemiante

Dosagem:_____

www.unimedcd.coop.br
Rua Padre João Gualberto de Magalhães, 765
45820-645 Vivendas Costa Azul – Eunápolis/BA
T. 73 3281-8600

O Paciente em uso de Metformina foi informado que a mesma deve ser suspensa 7dias antes da cirurgia?

_____

_____

Complicações:

( ) Retinopatia

( ) Nefropatia

( ) Neuropatia Periférica

( ) Doença Macrovascular - infarto e derrame

( ) Outros:

_____

_____

( ) Dislipidemia - uso de medicamento - qual?

_____

_____

_____

( ) Hipertensão Arterial

( ) Apneia do sono

( ) Uso de CPAP

( ) Artropatias

( ) Outras doenças associadas:

_____

_____

_____

( ) Outros Medicamentos:

_____

_____

_____

www.unimedcd.coop.br
Rua Padre João Gualberto de Magalhães, 765
45820-645 Vivendas Costa Azul - Eunápolis/BA
T. 73 3281-8600

( ) Cirurgias já realizadas:

_____

_____

_____

_____

_____

_____

**INFORMAÇÕES DE FAMILIARES:**

( ) Pai ( ) Mãe ( ) Marido ( ) Outro: _____

( ) Alcoolismo
Dose/dia: _____

( ) Tabagismo
Cigarros/dia:_____

( ) Uso de drogas
Quais? _____

( ) Atitudes compulsivas
( ) Jogo, compras, etc:_____
( ) Depressão

**EXAME FÍSICO:**

Altura: _____Peso:_____ IMC:_____

Cintura Abdominal: _____

Acantose Nigricans?_____

**HÁBITOS ALIMENTARES:**

( ) Compulsão alimentar

( ) Episódios de Binge

( ) Comedor Noturno

Unimed
Costa do Descobrimento
www.unimedcd.coop.br
Rua Padre João Gualberto de Magalhães, 765
45820-645 Vivendas Costa Azul - Eunápolis/BA
T. 73 3281-8600

**INDICAÇÃO DE CIRURGIA BARIÁTRICA**

1 - Há quanto tempo acompanha a paciente?

2 - As Consultas médicas são regulares?

3 - Medicamentos já utilizados na tentativa de emagrecer?

4 - Qual a indicação de Cirurgia?

5 - As contra-indicações foram descartadas?

6 - A Família e o paciente foram informados dos riscos e benefícios comuns à cirurgia?

7 - É necessária avaliação com médico psiquiatra para avaliação do quadro mental do paciente?

www.unimedcd.coop.br
Rua Padre João Gualberto de Magalhães, 765
45820-645 Vivendas Costa Azul – Eunápolis/BA
T. 73 3281-8600

8 - O paciente apresenta doença psiquiátrica descompensada, quadro psicótico ou demencial, grave ou moderado, ou ainda risco de suicídio?

SIM ( ) NÃO( )

Em caso afirmativo descrever

_____

_____

_____

9 - O paciente apresenta histórico de uso de álcool ou drogas ilícitas nos últimos cinco anos?

SIM ( ) NÃO( )

10 - Considera necessária avaliação com MÉDICO PSIQUIATRA?

SIM ( ) NÃO( )

_____

Assinatura/carimbo do(s) Médico(s)

Unimed Costa do Descobrimento
www.unimedcd.coop.br
Rua Padre João Gualberto de Magalhães, 765
45820-645 Vivendas Costa Azul - Eunápolis/BA
T. 73 3281-8600

# FORMULÁRIO II
# AVALIAÇÃO ESPECIALIZADA MÉDICO PSIQUIÁTRICA/PSICOLOGO

**DADOS DO PACIENTE**

**Nome:**_____

**Data de Nascimento:** _____**Idade:**_____

## 1. HISTÓRIA CLÍNICA ATUAL

Descrição do estado psicológico: lucidez, orientação, humor, nexos afetivos, motivação para a cirurgia etc:

_____

_____

_____

_____

_____

_____

## 2. HISTÓRIA PESSOAL

Se já apresentou alguma doença grave anterior, como: meningite, encefalite, hepatite; etc. Se já fez ou faz algum tratamento médico psiquiátrico ou psicoterápico, por qual motivo. Se já fez ou faz uso de medicação psiquiátrica; qual e por que motivo. Se fez ou faz uso de álcool ou outros agentes tóxicos lícitos ou ilícitos. Se apresenta comportamento melancólico ou com características suicidas.

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

www.unimedcd.coop.br
Rua Padre João Gualberto de Magalhães, 765
45820-645 Vivendas Costa Azul - Eunápolis/BA
T. 73 3281-8600

## 3. HISTÓRIA FAMILIAR

Descrição dos casos de depressão, doença mental, suicídio, etc. na família.

_____

_____

_____

_____

_____

## 4. CONCLUSÃO

_____

_____

_____

_____

_____

Declaro ser verdade o relatado acima.

_____, _____, de _____de 20____

_____
Assinatura e Carimbo do Médico Psiquiatra/ ou Psicólogo

Unimed Costa do Descobrimento
www.unimedcd.coop.br
Rua Padre João Gualberto de Magalhães, 765
45820-645 Vivendas Costa Azul - Eunápolis/BA
T. 73 3281-8600

# FORMULÁRIO III
# TERMO DE CONSENTIMENTO ESPONTÂNEO – CIRURGIA DE OBESIDADE MÓRBIDA

**Beneficiário/Paciente:** _____

**Procedimento:** _____

Risco de complicações: ( ) Baixo ( ) Médio ( ) Alto

**EXPLICAÇÕES AO PACIENTE:**

1. Objetivos da intervenção principal:
   Estreitar a vida de entrada do estômago / Reduzir a capacidade do estômago /Excluir a maior parte do estômago / Excluir grande extensão do intestino /Diminuir a absorção dos alimentos /Outros.

2. Operações associadas porventura incluídas:
   Retirada da vesícula biliar (calculose) / Correção de hérnia ou eventração /Outras.

3. Aspectos técnicos:
   Anestesia tipo: geral / regional; Operação com duração média de horas; internação na UTI pelo prazo usual de horas; Permanência no hospital por aproximadamente dias; Probabilidade de transfusão: reduzida / média / elevada. Observação: Estes dados são meramente indicativos e poderão se alterar em função dos achados cirúrgicos; Excepcionalmente a cirurgia tambémpoderá ser suspensa caso alterações clínicas imprevistas assim o determinem.

4. Desconfortos e problemas previstos na internação:
   Dor na ferida cirúrgica / incômodo de sondas, tubos venosos, eletrodos,monitores etc. / Dieta zero ou em minúsculas porções / Náuseas, dificuldades à deglutição, refluxo alimentar, diarreias, intolerâncias medicamentosas e outros / Tempo de recuperação estimado para trabalho, rotina doméstica ou viagens: ..... (média: 3 a 6 semanas).

5. Riscos e complicações:
   Infecções - ferida cirúrgica / cavidade abdominal / respiratórias / outros locais. Problemas com a cicatrização dos pontos. Coágulos venosos de membros inferiores e pulmonares. Dificuldades respiratórias. Arritmias ou outras alterações cardíacas. Perda de peso insuficiente. Necessidade de recuperação. Problemas psicológicos: dependência de drogas, alcoolismo, depressão, tendência suicida e outros. 6) Tratamentos eventualmente necessários após a alta hospitalar Seguimento clínico / medidas nutricionais / acompanhamento psicológico / exercícios e fisioterapia / outros.

6. Benefícios esperados com a operação:
   Perda de peso significativa / Prevenção ou melhora de diabetes, hipertensão, hiperlipidemia, anormalidades cárdio-respiratórias, artrite, apneia do sono/ Diminuição do consumo de medicamentos para diversas enfermidades / Menoreschances de infarto, derrame, tromboses e outras doenças graves / Melhora da capacidade de movimentação e de trabalho / Qualidade de vida mais satisfatória.

www.unimedcd.coop.br
Rua Padre João Gualberto de Magalhães, 765
45820-645 Vivendas Costa Azul - Eunápolis/BA
T. 73 3281-8600

7. Direitos assegurados ao paciente:
    a. Ter acesso pessoal às informações do seu prontuário sempre que solicitar, ou autorizar médico de sua confiança a acompanhar sua evolução, desde que notificado previamente à equipe cirúrgica.
    b. Estar seguro da privacidade e confidencialidade das suas anotações clínicas, radiografias, fotos e outros documentos, salvo por médicos e profissionais envolvidos com seu tratamento, estudos científicos ou comunicações em reuniões e publicações técnicas.
    c. Revogar o consentimento mediante aviso aos médicos se a qualquer momento desistir do procedimento, sem sofrer qualquer pressão, recriminação ou perda de direitos como paciente perante a equipe cirúrgica.
    d. Contar com a orientação e assistência dos cirurgiões se, em algum instante, surgir imprevisto, complicação ou necessidade de tratamento adicional relativo à cirurgia realizada, a menos que manifeste desejo contrário, quando então estará livre para seguir qualquer outra conduta.

**CONSENTIMENTO POR ESCLARECIMENTO**

Declaro que, após ter lido e entendido as explicações acima, concordo em submeter-me à operação de cirurgia bariátrica, conforme recomendado.

_____, _____, de _____de 20____

_____
Assinatura de Familiar
(nome por extenso) e grau de parentesco.

_____
Assinatura do Cliente
(nome por extenso) e grau de parentesco.

_____
Assinatura e carimbo do profissional que prestou as informações.
Médico