Solicitação de Tratamento Cirúrgico para Obesidade Mórbida

Preenchimento pelo Profissional Assistente

Nome do Paciente:

Data de Nascimento: Idade atual:

Se paciente entre 16 e 18 anos, informar:

- Epífise de crescimento consolidada? ☐ Sim ☐ Não

- Em caso afirmativo, declaro envio dos exames de imagem para comprovação.

Dados do Paciente

Data da 1ª consulta	Peso (Kg)	IMC 1ª consulta (kg/m²)	Altura (m)
Data avaliação atual	Peso (Kg)	IMC atual (kg/m²)	Altura (m)

Com base na data da 1ª consulta e na data da consulta atual é possível atestar que houve falha de tratamento clínico por pelo menos dois anos? ☐ Sim ☐ Não

Tempo de evolução da doença

Comorbidades

☐ **Sim** ☐ **Não**

☐ Hipertensão Arterial Sistêmica — Medicação em uso: — Níveis usuais:

☐ Diabetes Mellitus — Medicação em uso:

☐ Dislipidemia

☐ Artrose

☐ Apneia — Índice de distúrbios respiratórios por hora:

☐ Uso de CPAP nasal — Resultado:

☐ Distúrbios Osteoarticulares (Artropatia Grave) — Especificar:

☐ Hérnia de disco — Especificar:

☐ Patologia Endócrina — Especificar:

☐ Outros

Uso de Medicamentos

☐ Sim ☐ Não Se sim, quais?

Doença cardiopulmonar severa?

☐ Sim ☐ Não Comentários:

Hipertensão portal e varizes esofágicas?

☐ Sim ☐ Não Comentários:

Presença de Distúrbio Comportamentais

Etilismo	Drogadição	Tabagismo	Compulsões	Outros
☐ Sim ☐ Não	☐ Sim ☐ Não	☐ Sim ☐ Não	☐ Sim ☐ Não	

Condições Físicas não relacionadas à Obesidade

Cirrose	Pneumopatias	Cardiopatias	Insuficiência renal crônica	Outras
☐ Sim ☐ Não	☐ Sim ☐ Não	☐ Sim ☐ Não	☐ Sim ☐ Não	

Outros comentários

Data: / /

Assinatura e carimbo do profissional solicitante

Solicitação de Tratamento Cirúrgico para Obesidade Mórbida

Preenchimento pelo Profissional Assistente e Paciente

Nome do Paciente:	
Nº carteira Unimed	CPF

DECLARAÇÃO DO PACIENTE: Declaro ser o(a) paciente acima identificado(a), portador(a) de OBESIDADE MÓRBIDA sem resposta adequada aos vários tratamentos clínicos e dietéticos submetidos, apresentando:

☐ IMC igual ou maior do que 50 kg/m2

☐ IMC entre 40kg/m^2 e 49kg/m^2, com falha no tratamento por pelo menos 2 anos.

☐ IMC entre 35kg/m^2 e 39kg/m2, com COMORBIDADE e falha no tratamento por pelo menos 2 anos, a saber:

Declaro estar ciente de todas as consequências de curto, médio e longo prazo 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.

Data: / /

Assinatura do Paciente

*Em caso de menor de 18 anos os campos acima devem ser preenchidos pelo Responsável Legal.

DECLARAÇÃO DO CIRURGIÃO: Declaro que dei ao paciente acima identificado(a) ciência de todas as consequências da cirurgia a qual propõe submeter-se, inclusive de possíveis complicações dela decorrentes de curto, médio e longo prazo, ainda que previsível.

Data: / /

Assinatura e carimbo do profissional solicitante

Junto a este formulário devidamente preenchido, é OBRIGATÓRIA a apresentação das declarações dos demais profissionais assistentes do paciente, as quais tenho ciência:

☐ **DECLARAÇÃO DO PSICÓLOGO OU PSIQUIATRA** informando as condições de saúde mental do paciente, levando em consideração: a existência ou não de transtorno psiquiátrico, incluindo adicção de álcool ou drogas ilícitas; capacidade para avaliar as consequências do ato cirúrgico que será submetido(a) com juízo crítico adequado; e capacidade para seguir as orientações e recomendações médicas.

☐ **DECLARAÇÃO DO NUTRICIONISTA OU NUTRÓLOGO** contendo: histórico de tratamento clínico no decorrer do período de obesidade instalada; parecer quanto as condições nutricionais do paciente; seu entendimento do tratamento cirúrgico que será submetido; e capacidade para adequar-se as condições dietéticas e nutricionais após o tratamento cirúrgico.