

## 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
<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	

### Condições Físicas não relacionadas à Obesidade

Cirrose	Pneumopatias	Cardiopatias	Insuficiência renal crônica	Outras
<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> 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/m<sup>2</sup>

IMC entre 40kg/m<sup>2</sup> e 49kg/m<sup>2</sup>, com falha no tratamento por pelo menos 2 anos.

IMC entre 35kg/m<sup>2</sup> e 39kg/m<sup>2</sup>, 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 PSQUIATRA** 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.