Unimed ITAJUBÁ

V - AVALIAÇÃO DE ACOMPANHAMENTO TRIMESTRAL NUTRICIONAL

Nome: _____Nº Carteira:_____
Idade _____ Altura _____Peso atual_____Kg IMC_____

Evolução do tratamento Nutricional

Declaro que o (a) paciente acima identificado(a) é portador de OBESIDADE MÓRBIDA. Na atual data está iniciando acompanhamento do tratamento dietético. Logo faz-se necessária a comprovação dos IMCs dos próximos 2(dois) anos. Sendo este paciente enquadrado no grupo:

( ) IMC = ou > 40
( ) IMC entre 35 e 39,9, com comorbidades, a saber: _____

Data: ____/ ____/ ____ _____
Assinatura e carimbo do(a) Nutricionista Assistente

ACOMPANHAMENTO DO TRATAMENTO

O paciente acima mencionado apresentou proposta para realização de Cirurgia de Gastroplastia com o objetivo de redução do reservatório gástrico para tratar a condição de obesidade mórbida. Nesse contexto, solicitamos o seu relatório referente ao acompanhamento do tratamento clínico realizado por pelo menos, 2 (dois) anos (conforme determina a Portaria nº 492/2007 do MS) e obesidade mórbida instalada há mais de 5 (cinco) anos (conforme determina as diretrizes vigentes da ANS).

Data	Peso	IMC	Terapêutica

Local: _____ Data: ____/ ____/_____ _____
Assinatura e carimbo do (a) nutricionista Assistente

Unimed
ITAJUBÁ