

III - PROTOCOLO FINAL SOLICITAÇÃO DE TRATAMENTO CIRÚRGICO PARA OBESIDADE
Parecer Psicológico Final

Nome: _____ **Nº cartão:** _____

• Apresentação Pessoal (andar, vestuário, sudorese, etc) _____

• Faz psicoterapia atualmente: Não () Sim () Desde: _____ Com: _____
_____ Psicólogo () CRP _____ Psiquiatra () CRM _____

• Faz uso de medicação psiquiátrica atualmente: Não () Sim () Desde ____/____/____
Medicamentos: _____

• Eventos/antecedentes psiquiátricos: Não () Sim () Internação psiquiátrica () em _____
atendimento de urgência Não () Sim () em _____, cite a ocorrência _____

RELATO DE SINTOMATOLOGIA	ATUAL (Assinale c/ x)	PASSADO (Assinale c/ x) Se diagnosticada, citar modalidade de tratamento, ano de início e duração do mesmo.
Depressiva		
Fobias		
Transtorno do Pânico		
Anorexia / bulimia		
Compulsões alimentares		
Outras compulsões: por ex: jogos,		
Sexo, gastos, etc		
Uso / abuso de álcool e/ou outras		
Drogas		
TOC		
Impulsividade / Comport. de risco		
Transtorno de pensamento		
Transtorno de humor		

EVOLUÇÃO DO TRATAMENTO DE 02 ANOS PARA OBESIDADE

Período	Nº de sessões	Tratamento realizado	Carimbo PROJETO NA MEDIDA (Preenchido pela UNIMED)
1º ao 3º mês			
4º ao 6º mês			
7º ao 9º mês			

10º ao 12º mês			
13º ao 15º mês			
16º ao 18º mês			
19º ao 21º mês			
22º ao 24º mês			

Parecer psicológico final quanto a indicação para a realização do procedimento de gastroplastia:

Local e data _____/____/_____

Nome do Profissional _____ CRP _____

 Carimbo e assinatura da profissional psicólogo (a)

Obs.: o preenchimento dos dados deve estar em conformidade com o acompanhamento trimestral apresentado à auditoria da Unimed.

