

II - PROTOCOLO DO MÉDICO ENDOCRINOLOGISTA / NUTRÓLOGO DE SOLICITAÇÃO DE TRATAMENTO CIRÚRGICO PARA OBESIDADE

(Preenchido pelo Médico Endocrinologista/ Nutrólogo)

Nome: _____ Nº Cartão: _____

Idade: _____ Profissão: _____

Peso atual: _____ Altura: _____ IMC: _____ Idade de início da obesidade: _____

• Comorbidades _____

• Fez acompanhamento multidisciplinar: Assinale abaixo quais os profissionais acompanharam e por quanto tempo.

() Psicólogo (a) – duração do acompanhamento: _____

() Nutricionista – duração do acompanhamento: _____

() Educador físico – duração do acompanhamento: _____

() Outros profissionais: _____ – duração do acompanhamento: _____

• Critérios de indicação de cirurgia bariátrica, conforme Resolução nº 2.131/15 do CFM:

() IMC acima de 40 kg/m² ou

() IMC entre de 35 a 40 kg/m² com comorbidades que ameacem a vida. Qual (is)?

• Contra indicação para realizar cirurgia bariátrica: **Não** () **Sim** ()

Quais _____

EVOLUÇÃO DO TRATAMENTO DE 02 ANOS PARA OBESIDADE

Período	Peso /IMC	Tratamento realizado	Tempo de duração	Resultados obtidos	Carimbo e assinatura médico
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					

Declaro para os devidos fins ser verdadeiras as informações contidas nesse documento.

Carimbo e assinatura do médico