

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