

Solicitação de Tratamento Cirúrgico para Obesidade Mórbida

Preenchido pelo Profissional Assistente

<input type="checkbox"/> Endocrinologista <input type="checkbox"/> Cirurgião Geral <input type="checkbox"/> Psicólogo <input type="checkbox"/> Outros:		
Nome		CPF
Data de Nascimento	Nº carteira Unimed	Nº do Protocolo de atendimento

Dados do Paciente

Data da 1ª consulta / /	Peso kg	IMC 1ª consulta kg/m ²	Altura m
Data avaliação atual / /	Peso kg	IMC atual kg/m ²	Altura m

Comorbidades

Comorbidades

Sim Não
 10 - Hipertensão Arterial Sistêmica
 O24.3 - Diabetes Mellitus
 E78.0 - Dislipidemia
 M19.9 - Artrose
 G46.3 - Apneia
 Outros
 CID - 10

Uso de Medicamentos

Uso de medicamentos <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Se sim, quais?
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? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
A falha de tratamento clínico pode ser demonstrada apenas por relato do(a) beneficiário(a)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
Com base na data da 1ª consulta e na data da consulta atual é possível atestar que o(a) beneficiário(a) é portador de Obesidade Mórbida há mais de 5 anos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
A instalação da Obesidade Mórbida pode ser demonstrada apenas por relato do(a) beneficiário(a)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
A beneficiária obteve êxito em algum momento do tratamento em reduzir seu IMC para menos de 35kg/m ² nos últimos 5 anos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
Tempo de evolução da doença	

Observações:

Assinatura

Assinatura e carimbo do profissional solicitante	Data