

Relatórios de Registro do Tratamento Clínico para solicitação de Cirurgia para Obesidade Mórbida



Paciente: _____

O paciente acima mencionado apresentou proposta para realização de cirurgia (gastroplastia), visando redução do reservatório gástrico com objetivo de tratar a condição de obesidade.

Neste contexto, solicitamos seu relatório referente ao tratamento prévio realizado, que conforme a portaria do MS – 628/GM deverá contemplar um período mínimo de 2 anos , Deverá ser comprovado o tratamento contínuo pelo período mínimo de 2 anos.

DATA INICIAL: ____/____/____ IMC INICIAL: _____ TERAPÊUTICA: _____

EVOLUÇÃO DA TERAPÊUTICA COM DATAS DAS AVALIAÇÕES E RESPECTIVA IMC:

CAUSAS PROVÁVEIS DE INSUCESSO:

SOLICITAÇÃO DE TRATAMENTO CIRÚRGICO - OBESIDADE MÓRBIDA – ANEXO 2

Nome: _____

Idade: _____ Profissão: _____

Idade de início da obesidade: _____

Peso atual: _____ kg Altura: _____ m IMC: _____

PRESENÇA DE DOENÇAS RELACIONADAS À OBESIDADE:

Hipertensão arterial: () Não () Sim Níveis usuais: _____

Medicações em uso: _____

Diabetes: () Não () Sim Medicações em uso: _____

Apnéia do sono: Não () Sim () Índice de distúrbios respiratórios: _____ por hora

Uso de C PAP nasal: () Não Sim () Resultado: _____

Sonolência diurna: () Não () Sim

Distúrbios osteoarticulares (Artropatia grave): () Não () Sim Especificar: _____

Dificuldades respiratórias: () Não () Sim

Hérnia de disco: () Não () Sim Especificar: _____

PRESENÇA DE OUTRAS PATOLOGIAS ENDÓCRINAS ESPECÍFICAS: () Não () Sim

Citar : _____

PRESENÇA DE DISTÚRBIOS COMPORTAMENTAIS: Etilismo: () Não () Sim

Drogadição: () Não () Sim Tabagismo: () Não () Sim Compulsões: () Não () Sim

Especificar: _____

CONDIÇÕES FÍSICAS/CLÍNICAS NÃO RELACIONADAS À OBESIDADE.

Cirrose: () Não () Sim Cardiopatias: () Não () Sim

Insuficiência renal crônica : () Não () Sim Pneumopatias: () Não () Sim

Outras:

CIRURGIA INDICADA E TÉCNICA: Vídeo laparoscópica: () Não () Sim

OUTROS COMENTÁRIOS QUE JULGAR NECESSÁRIO:

Assinatura / carimbo

____/____/____

Assinatura / carimbo _____ /_____/_____

____/____/____

Paciente: _____

PREENCHIMENTO SOMENTE COM IMC DE 36 Á 40, COM CO-MORBIDADE

O paciente acima mencionado apresentou proposta para realização de cirurgia (gastroplastia), visando redução do reservatório gástrico com objetivo de tratar a condição de obesidade.

Neste contexto, solicitamos seu parecer , no âmbito da sua especialidade sobre a co-morbidade que condiciona a indicação cirúrgica, visto o IMC do paciente ser >35 e <40

Co-morbidade:

This image shows a single sheet of white paper with horizontal ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There are no margins, text, or other markings on the paper.

Assinatura / carimbo

_____ / _____ / _____



Tipo de cirurgia _____

Prezado Usuário,
Os dados abaixo, visam orientá-lo (a), fornecendo-lhe informações sobre os procedimentos terapêuticos e os riscos que podem ocorrer em decorrência de CIRURGIA DE _____
Seu (sua) médico (a) está a sua disposição para esclarecer suas dúvidas. O momento ideal é agora, antes da realização da cirurgia.

Dados e Declaração do Usuário

Nome do Usuário: _____

Nome da Unimed: _____ Código do Cartão: _____

Endereço de Residência: _____

Bairro: _____ Número: _____

Nome do representante legal: _____

Nº Célula de Identidade: _____

Endereço de Residência: _____

Bairro: _____ Número: _____

Nome do Médico: _____

Doença: _____

Acomete: _____

Complicações mais freqüentes: _____

Ocorrência de complicações comuns a todos os tipos de cirurgias

Unimed 

Eu, usuário (a) da Unimed, ou seu representante legal, declaro para os devidos fins e efeitos de direito, que em consulta realizada com o médico acima indicado tomei conhecimento que sou portador (a) da Doença descrita acima.

Fui informado (a) sobre as opções para o tratamento de minha doença, e de acordo com as indicações do médico (a) acima, que escolhi, foram tentados os procedimentos menos invasivos cabíveis, antes da proposta de tratamento cirúrgico.

Sou sabedor(a) que devo informar antes da realização da cirurgia, aos cirurgiões e anestesistas todos os medicamentos que estou utilizando, pois muitos podem causar problemas operatórios, tais como sangramentos durante a cirurgia. Igualmente fui informado (a) que as cirurgias podem levar à complicações conhecidas e outras imprevisíveis, mas que tudo será feito para impedir o seu aparecimento.

No caso específico da cirurgia indicada para meu tratamento fui informado (a) que as complicações mais freqüentes são as acima relacionadas e que compreendi seu significado. Também fui informado (a) respeito de outras complicações decorrentes do quadro clínico pós-operatório, que podem ocorrer em razão das condições específicas de cada pessoa submetida ao tratamento.

Estou ciente, ainda, que podem ocorrer complicações durante a cirurgia, como por exemplo, sangramentos, e que, para corrigi-las pode haver a necessidade de transfusão sanguínea, e de que existem doenças como AIDS, Hepatite, Doenças de Chagas e outras, que podem ser transmitidas por transfusões de sangue e seus derivados, embora todas as medidas para impedir essa transmissão sejam adotadas rotineiramente.

Da mesma forma fui informado (a) que existem complicações associadas à anestesia proposta para minha cirurgia, como alergias pouco ou muito graves aos anestésicos dentre outras. Tenho conhecimento que durante a cirurgia ou no pós cirúrgico, possam aparecer novas situações que podem requerer procedimentos adicionais, como novas cirurgias ou outros diferentes dos que constam neste informe, e que poderão ser utilizados, visando o sucesso do tratamento.

Estou informado (a) que este formulário não contém todas as complicações e riscos conhecidos ou possíveis de acontecer nesta cirurgia mas apenas os mais freqüentes. Igualmente sou sabedor (a) que apesar dos esforços de meu (minha) médico (a) não existe garantia ou segurança absoluta no resultado desta cirurgia com relação a cura de minha doença.

Assinatura do Usuário ou responsável

Data ____ / ____ / ____

Declaração do Médico Assistente

O procedimento descrito neste formulário, incluindo riscos, complicações, tratamentos alternativos, inclusive o não tratamento, bem como o prognóstico desta cirurgia foi por mim devidamente esclarecido ao (a) usuário (a), ou a seu (sua) responsável legal, antes que este Termo de Ciência fosse assinado por ele (a).

Assinatura e Carimbo do Médico(a)

Data ____ / ____ / ____