

Solicitação de tratamento cirúrgico para Obesidade Mórbida

Preenchido pelo profissional assistente

- Endocrinologista Cirurgião Geral Psicólogo
 Outros

Nome:

CPF:

Nº carteira Unimed:

Data de nascimento: / /

Dados do paciente

Data da 1ª consulta / /

IMC 1ª consulta: kg/m²

Peso: kg

Altura: m

Data avaliação atual: / /

IMC atual: kg/m²

Peso: kg

Altura: m

Comorbidades

Comorbidades:

- Sim Não
- 10 - Hipertensão Arterial Sistêmica
- O24.3 - Diabetes Mellitus
- E78.0 - Dislipidemia
- M19.9 - Artrose
- G47.3 - Apneia
- Outros

CID - 10

Uso de medicamentos

Uso de medicamentos:

- Sim Não

Quais:

Observações:

Data: / /

Assinatura e carimbo do profissional solicitante