

## FORMULÁRIO CIRURGIA DE OBESIDADE MÓRBIDA

### DOCUMENTOS NECESSÁRIOS:

1. Laudo de médico Cirurgião Geral ou Endocrinologista;
2. Laudo de médico Psiquiatra ou Psicólogo;
3. Termo de Consentimento Espontâneo e Informado com assinatura do paciente e de familiar;
4. Exames (com validade de até 2 meses): Hemograma, TAP-TS-PTTK, Glicemia em jejum e pós prandial (2h), Colesterol, HDL, Triglicerídeos, Uréia, Creatinina, TGP, Gama GT,
5. Albumina e Parasitológico de Fezes;
6. Em caso de portador de doença crônica, laudo do profissional que o acompanha com afirmação de não contra-indicar o procedimento cirúrgico bariátrico;
7. Em caso de co-morbidade agravada pela obesidade, laudo de profissional que o acompanha e Indicação da cirurgia bariátrica.



**FORMULÁRIO I**  
**AVALIAÇÃO MÉDICA- CLÍNICO GERAL OU ENDOCRINOLOGISTA**

Nome: \_\_\_\_\_

Cód Carteirinha: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_

Profissão: \_\_\_\_\_

Estado Civil: \_\_\_\_\_ Idade de início da obesidade: \_\_\_\_\_

Tratamentos Médicos Realizados Para Obesidade:

---

---

---

---

Têm Comorbidades? Cite:

---

---

---

---

Tipo de tratamento atual:

( ) Insulina

Dose: \_\_\_\_\_

Tipo: \_\_\_\_\_

( ) Hipoglicemiante

Qual: \_\_\_\_\_ Dosagem: \_\_\_\_\_

( ) Anti Hiperglicemiante

Dosagem: \_\_\_\_\_

O Paciente em uso de Metformina foi informado que a mesma deve ser suspensa 7 dias antes da cirurgia?

---

---

Complicações:

- Retinopatia  
 Nefropatia  
 Neuropatia Periférica  
 Doença Macrovascular - infarto e derrame

Outros:

---

---

Dislipidemia - uso de medicamento - qual?

---

---

---

- Hipertensão Arterial  
 Apneia do sono  
 Uso de CPAP  
 Artropatias  
 Outras doenças associadas:

---

---

---

Outros Medicamentos:

---

---

---



( ) Cirurgias já realizadas:

---

---

---

---

---

---

**INFORMAÇÕES DE FAMILIARES:**

( ) Pai ( ) Mãe ( ) Marido ( ) Outro: \_\_\_\_\_

( ) Alcoolismo

Dose/dia: \_\_\_\_\_

( ) Tabagismo

Cigarros/dia: \_\_\_\_\_

( ) Uso de drogas

Quais? \_\_\_\_\_

( ) Atitudes compulsivas

( ) Jogo, compras, etc: \_\_\_\_\_

( ) Depressão

**EXAME FÍSICO:**

Altura: \_\_\_\_\_ Peso: \_\_\_\_\_ IMC: \_\_\_\_\_

Cintura Abdominal: \_\_\_\_\_

Acantose Nigricans? \_\_\_\_\_

**HÁBITOS ALIMENTARES:**

( ) Compulsão alimentar

( ) Episódios de Binge

( ) Comedor Noturno



## INDICAÇÃO DE CIRURGIA BARIÁTRICA

1 - Há quanto tempo acompanha a paciente?

---

---

2 - As Consultas médicas são regulares?

---

---

3 - Medicamentos já utilizados na tentativa de emagrecer?

---

---

---

4 - Qual a indicação de Cirurgia?

---

---

---

5 - As contra-indicações foram descartadas?

---

---

---

6 - A Família e o paciente foram informados dos riscos e benefícios comuns à cirurgia?

---

---

---

7 - É necessária avaliação com médico psiquiatra para avaliação do quadro mental do paciente?

---

---

---



8 - O paciente apresenta doença psiquiátrica descompensada, quadro psicótico ou demencial, grave ou moderado, ou ainda risco de suicídio?

SIM ( ) NÃO( )

Em caso afirmativo descrever

---

---

---

9 - O paciente apresenta histórico de uso de álcool ou drogas ilícitas nos últimos cinco anos?

SIM ( ) NÃO( )

10 - Considera necessária avaliação com MÉDICO PSIQUIATRA?

SIM ( ) NÃO( )

---

Assinatura/carimbo do(s) Médico(s)





### 3. HISTÓRIA FAMILIAR

Descrição dos casos de depressão, doença mental, suicídio, etc. na família.

---

---

---

---

---

### 4. CONCLUSÃO

---

---

---

---

---

Declaro ser verdade o relatado acima.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_, de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura e Carimbo do Médico Psiquiatra/ ou Psicólogo





**FORMULÁRIO III**  
**TERMO DE CONSENTIMENTO ESPONTÂNEO – CIRURGIA DE OBESIDADE MÓRBIDA**

**Beneficiário/Paciente:** \_\_\_\_\_

**Procedimento:** \_\_\_\_\_

Risco de complicações: ( ) Baixo ( ) Médio ( ) Alto

**EXPLICAÇÕES AO PACIENTE:**

- Objetivos da intervenção principal:  
Estreitar a vida de entrada do estômago / Reduzir a capacidade do estômago / Excluir a maior parte do estômago / Excluir grande extensão do intestino / Diminuir a absorção dos alimentos / Outros.
- Operações associadas porventura incluídas:  
Retirada da vesícula biliar (calculose) / Correção de hérnia ou eventração / Outras.
- Aspectos técnicos:  
Anestesia tipo: geral / regional; Operação com duração média de horas; internação na UTI pelo prazo usual de horas; Permanência no hospital por aproximadamente dias; Probabilidade de transfusão: reduzida / média / elevada. Observação: Estes dados são meramente indicativos e poderão se alterar em função dos achados cirúrgicos; Excepcionalmente a cirurgia também poderá ser suspensa caso alterações clínicas imprevistas assim o determinem.
- Desconfortos e problemas previstos na internação:  
Dor na ferida cirúrgica / incômodo de sondas, tubos venosos, eletrodos, monitores etc. / Dieta zero ou em minúsculas porções / Náuseas, dificuldades à deglutição, refluxo alimentar, diarreias, intolerâncias medicamentosas e outros / Tempo de recuperação estimado para trabalho, rotina doméstica ou viagens: ..... (média: 3 a 6 semanas).
- Riscos e complicações:  
Infecções - ferida cirúrgica / cavidade abdominal / respiratórias / outros locais. Problemas com a cicatrização dos pontos. Coágulos venosos de membros inferiores e pulmonares. Dificuldades respiratórias. Arritmias ou outras alterações cardíacas. Perda de peso insuficiente. Necessidade de recuperação. Problemas psicológicos: dependência de drogas, alcoolismo, depressão, tendência suicida e outros. 6) Tratamentos eventualmente necessários após a alta hospitalar Seguimento clínico / medidas nutricionais / acompanhamento psicológico / exercícios e fisioterapia / outros.
- Benefícios esperados com a operação:  
Perda de peso significativa / Prevenção ou melhora de diabetes, hipertensão, hiperlipidemia, anormalidades cárdio-respiratórias, artrite, apneia do sono/ Diminuição do consumo de medicamentos para diversas enfermidades / Menores chances de infarto, derrame, trombozes e outras doenças graves / Melhora da capacidade de movimentação e de trabalho / Qualidade de vida mais satisfatória.

7. Direitos assegurados ao paciente:

- a. Ter acesso pessoal às informações do seu prontuário sempre que solicitar, ou autorizar médico de sua confiança a acompanhar sua evolução, desde que notificado previamente à equipe cirúrgica.
- b. Estar seguro da privacidade e confidencialidade das suas anotações clínicas, radiografias, fotos e outros documentos, salvo por médicos e profissionais envolvidos com seu tratamento, estudos científicos ou comunicações em reuniões e publicações técnicas.
- c. Revogar o consentimento mediante aviso aos médicos se a qualquer momento desistir do procedimento, sem sofrer qualquer pressão, recriminação ou perda de direitos como paciente perante a equipe cirúrgica.
- d. Contar com a orientação e assistência dos cirurgiões se, em algum instante, surgir imprevisto, complicação ou necessidade de tratamento adicional relativo à cirurgia realizada, a menos que manifeste desejo contrário, quando então estará livre para seguir qualquer outra conduta.

**CONSENTIMENTO POR ESCLARECIMENTO**

Declaro que, após ter lido e entendido as explicações acima, concordo em submeter-me à operação de cirurgia bariátrica, conforme recomendado.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_, de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura de Familiar  
(nome por extenso) e grau de parentesco.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Cliente  
(nome por extenso) e grau de parentesco.

\_\_\_\_\_  
Assinatura e carimbo do profissional que prestou as informações.  
Médico

