

Folha de Avaliação Inicial

Prezado, Dr(a) _____.

Solicitamos a atenção de V.S.^a na observância deste fluxo de encaminhamento de paciente com indicação de Cirurgia Bariátrica. Para tanto, pedimos o envio dos seguintes dados:

Nome do Paciente: _____.

Idade: _____ anos. Matrícula AMS: _____.

Peso: _____ kg. Altura: _____ cm. IMC: _____ kg/m².

Tempo de duração da obesidade: _____ anos.

1. Tentativas de tratamento clínico (descrever):

2. Tempo de Tratamento e Resultado:

3. Presença de doenças relacionadas:

Hipertensão arterial() PA _____ X _____ mmHg - Medicação em uso:

Diabetes() Medicação em uso:

Dislipemias e distúrbios metabólicos() Medicação em uso:

Distúrbios osteoarticulares() Especificar:

Transtornos respiratórios() Especificar :

O paciente faz uso de Drogas ilícitas() Álcool().

PE-2RHU-00056
AMS - ASSISTÊNCIA MULTIDISCIPLINAR DE SAÚDE
Anexo B – Folha de Avaliação Inicial para Cirurgia Bariátrica

4. Presença de outras comorbidades (especificar):

5. Condições clínicas não relacionadas à obesidade:

Cirrose hepática() Cardiopatias() Pneumopatias() Insuficiência renal crônica()
Outras() Especificar: _____

6. Avaliação Psiquiátrica: Anexar a este protocolo o parecer do médico psiquiatra
(devem ser excluídas psicopatias graves, uso de drogas e/ou álcool. Informar explicitamente estas situações ou sua ausência).

7. Nome da Unidade Hospitalar onde será realizada a cirurgia:

8. Técnica cirúrgica a ser utilizada:

9. Justificativa da técnica cirúrgica escolhida:

_____ - (____), ____ de ____ de 20 ____ .
local UF dia mês ano

Assinatura/Carimbo do Cirurgião Responsável

Cirurgião responsável: _____ CRM: _____

Telefones contato: () _____ () _____