

PE-2RHU-00056
AMS - ASSISTÊNCIA MULTIDISCIPLINAR DE SAÚDE
Anexo D – Folha de Evolução para Cirurgia Bariátrica

Folha de Evolução

Prezado, Dr(a) _____

Solicitamos a atenção de V.S.a na observância do preenchimento desta folha de informações sobre o paciente _____, submetido(a) a cirurgia bariátrica em ____ / ____ / _____. Para tanto, pedimos o envio dos dados abaixo relacionados:

1. Peso, Altura e IMC na data da cirurgia: _____.

2. Intercorrências Cirúrgicas:

3. Peso, Altura e IMC:

Após 12 meses da cirurgia: _____

Após 36 meses da cirurgia: _____

4. Comentários sobre a evolução do paciente: _____

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

Assinatura/Carimbo do Cirurgião Responsável

Cirurgião Responsável: _____ CRM: _____
(nome por extenso)

Telefones contato: () _____ () _____