

Solicitação de Tratamento Cirúrgico para Obesidade Mórbida



Preenchido pelo Profissional Assistente

Endocrinologista Cirurgião Geral Psicólogo Outros:

Nome		CPF	
Data de Nascimento	Nº carteira Unimed	Nº do Protocolo de atendimento	

Dados do Paciente

Data da 1ª consulta / /	Peso kg	IMC 1ª consulta kg/m ²	Altura m
Data avaliação atual / /	Peso kg	IMC atual kg/m ²	Altura m

Comorbidades

Comorbidades

- Sim Não
- I0 - Hipertensão Arterial Sistêmica
 - O24.3 - Diabetes Mellitus
 - E78.0 - Dislipidemia
 - M19.9 - Artrose
 - G46.3 - Apneia
 - Outros
 - CID - 10

Uso de Medicamentos

Uso de medicamentos	Se sim, quais?
<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	

Com base na data da 1ª consulta e na data da consulta atual é possível atestar que houve falha de tratamento clínico por pelo menos dois anos?

Sim Não

A falha de tratamento clínico pode ser demonstrada apenas por relato do(a) beneficiário(a)?

Sim Não

Com base na data da 1ª consulta e na data da consulta atual é possível atestar que o(a) beneficiário(a) é portador de Obesidade Mórbida há mais de 5 anos?

Sim Não

A instalação da Obesidade Mórbida pode ser demonstrada apenas por relato do(a) beneficiário(a)?

Sim Não

A beneficiária obteve êxito em algum momento do tratamento em reduzir seu IMC para menos de 35kg/m² nos últimos 5 anos?

Sim Não

Tempo de evolução da doença

Observações:

Assinatura

Assinatura e carimbo do profissional solicitante	Data
---	-------------