|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | | | | | | | | | | | | | |  |
|  | **Nome**: | | | | | | | | | |  | **Idade:** | | |  |
|  |  | | | | | | |  | |  | | | | |  |
|  | **Código:** | | | | |  | | **Plano:** | | | | | | |  |
|  |  | | | | | | |  | |  | | | | |  |
|  |  | | | | | | | | | | | | | |  |
|  |  | |  | | | | | | |  | | | | |  |
|  | **INDICAÇÃO DO(A) ENDOCRINOLOGISTA**: Declaro ser o(a) paciente acima identificado(a) portador(a) de **OBESIDADE MÓRBIDA** instalada por \_\_\_\_\_ anos e com ausência comprovada de resposta adequada aos vários tratamentos clínicos e dietéticos mantidos sequencialmente pelo menos por um período de dois anos, apresentando: | | | | | | | | | | | | | |  |
|  | **🖵** IMC = ou > 40  **🖵** IMC entre 35 e 39  **IMPORTANTE:** Descreva as co-morbidades e tempo do tratamento das mesmas:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | | | | |  |
|  | Data**: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_\_** | | | | | | Assinatura e carimbo do(a) Endocrinologista | | | | | |  | |  |
|  |  | |  | | | | | | |  | | | | |  |
|  | **PARECER DO(A) NUTRICIONISTA**: Declaro, que o(a) paciente acima identificado(a):  **🖵** Realizou avaliação nutricional e **APRESENTA** todos os critérios de indicação cirúrgica, determinados pela diretriz de utilização da Agência Nacional de Saúde Suplementar.  **🖵** Realizou avaliação nutricional e **NÃO APRESENTA** todos os critérios de indicação cirúrgica, determinados pela diretriz de utilização da Agência Nacional de Saúde Suplementar **:**  **🖵** Sem IMC **🖵** Sem Comorbidade **🖵** Sem tratamento há 2 anos **🖵** Obesidade há menos de 5 anos | | | | | | | | | | | | | |  |
|  | |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | | **Altura:** |  | **Peso:** |  | **IMC:** | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  | Data**: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_\_** | | | | | Assinatura e carimbo do(a) Nutricionista | | | | | | |  | |  |
|  |  | |  | | | | | | |  | | | | |  |
|  | **AVALIAÇÃO PSICOLÓGICA**: Declaro, que o(a) paciente acima identificado(a):  **🖵 Apresenta** condições psicoemocionais para realizar a cirurgia bariátrica.    **🖵 Não apresenta** condições psicoemocionais para realizar a cirurgia bariátrica. | | | | | | | | | | | | | |  |
|  |  | | | | | | | | | | | | | |  |
|  | Data**: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_\_** | | | | | Assinatura e carimbo do(a) Psicólogo(a) | | | | | | |  | |  |
|  |  | |  | | | | | | |  | | | | |  |
|  | Declaro que fui orientado (a) pelo médico cirurgião, Dr.: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, e que estou ciente de todas as consequências de curto, médio e longo prazos do ato cirúrgico a qual serei submetido(a), estando de pleno acordo com a realização do mesmo, bem como da necessidade de acompanhamento de longo prazo. | | | | | | | | | | | | | |  |
|  |  | | | | | | | | | | | | | |  |
|  | Data**: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_\_** | | | | | | | | Assinatura do(a) Paciente – RG:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | |  |  |
|  |  | | | | | | | | | | | | | |  |
|  |  | Assinatura da Testemunha 1 – RG:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |  | | | | | Assinatura da Testemunha 2 – RG:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | |  |  |
|  |  | | | |  | | | | |  | | | | |  |