|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Preenchimento pelo Profissional Assistente** | | | | | | | | | | | |
|  | Endocrinologista | |  | | Cirurgião Geral |  | | Outros: | |  | |
| Nome | | | | | | | | | | CPF | |
|  | | | | | | | | | |  | |
| Data de Nascimento | | | Nº Carteira Unimed | | | | | | | Nº do Protocolo de Atendimento | |
|  | | |  | | | | | | |  | |
|  | | | | | | | | | | | |
| **Dados do Paciente** | | | | | | | | | | | |
| Data da 1ª consulta | | | | Peso | | | | | IMC 1ª consulta | | Altura |
| / / | | | | kg | | | | | kg/m2 | | m |
| Data avaliação atual | | | | Peso | | | | | IMC atual | | Altura |
| / / | | | | kg | | | | | kg/m2 | | m |
|  | | | | | | | | | | | |
| **Comorbidades** | | | | | | | | | | | |
| Sim  Não | | | | | | | | | | | |
| 10 – Hipertensão Arterial Sistêmica | | | | | | | | | | | |
| O24.3 – Diabetes Mellitus | | | | | | | | | | | |
| E78.0 - Dislipidemia | | | | | | | | | | | |
| M19.9 – Artrose | | | | | | | | | | | |
| G46.3 – Apneia | | | | | | | | | | | |
| Outros | | | | | | | | | | | |
| CID – 10 | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | |
| **Uso de Medicamentos** | | | | | | | | | | | |
| Sim | | Não | | | | | Se sim, quais? | | | | |
| 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 | | | | | | | | | |
| Tempo de evolução da doença | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | |
| Observações: | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | |

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