|  |
| --- |
| **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** |