|  |
| --- |
| **­­­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/m² | Altura    m |
| Data avaliação atual  /  /   | Peso    kg | IMC atual    kg/m² | Altura    m |
| **Comorbidades** |
| 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** |
| 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 |
| 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** |