ipsemg

CIRURGIA DE GASTROPLASTIA / BARIÁTRICA
AVALIAÇÃO CIRÚRGICA - FORMULÁRIO IP-1458

DADOS DO BENEFICIÁRIO

Nome:	Matrícula:

***ATENÇÃO**: o(a) paciente acima identificado(a) possui proposta para realização de Cirurgia Bariátrica. Solicitamos o seu relatório para avaliação. Ao assinar este documento, o(a) profissional atesta a veracidade das informações apresentadas.*

AVALIAÇÃO CLÍNICA

Idade: _____ Peso atual (kg): _____ Estatura (m): _____ IMC atual (kg/m²) _____

Em qual grupo com indicação para a cirurgia bariátrica o(a) paciente se enquadra?

- ☐ Indice de Massa Corpórea (IMC) entre 35 Kg/m² e 39,9 Kg/m², com comorbidades.
- ☐ Índice de Massa Corpórea (IMC) igual ou maior do que 40 Kg/m², com ou sem comorbidades.

Descreva as comorbidades do(a) paciente que podem evoluir com melhor controle após a cirurgia.

INDICAÇÃO CIRÚRGICA

Paciente possui idade maior que 18 (dezoito) e menor que 65 (sessenta e cinco) anos?	☐ Sim	☐ Não
Paciente possui obesidade instalada há mais de cinco anos?	☐ Sim	☐ Não
Paciente faz uso de drogas ilícitas ou alcoolismo?	☐ Sim	☐ Não
Paciente possui formulário IP-1459, emitido por endocrinologista, atestando que o mesmo não possui distúrbio endócrino passível de tratamento que explique a obesidade, e nem outra contraindicação ao ato cirúrgico?	☐ Sim	☐ Não
Paciente possui formulário IP-1460, emitido por psiquiatra, atestando ausência de transtorno mental não controlado?	☐ Sim	☐ Não
Paciente possui formulário IP-1461 documentando falência em tratamento clínico prévio de pelo menos 2 (dois) anos, emitido pelo(a) médico(a) ou nutricionista que o acompanhou neste período?	☐ Sim	☐ Não

EQUIPE MÉDICA

Na equipe médica que irá operar o(a) paciente há cirurgião membro titular da Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica (SBCBM)?	☐ Sim	☐ Não
Na equipe médica que irá operar o(a) paciente há cirurgião com Registro de Qualificação de Especialista (RQE) no Conselho Federal de Medicina (CFM) para a área de atuação de cirurgia bariátrica?	☐ Sim	☐ Não

Informar nome, CRM e RQE deste profissional (se houver):

_____

DADOS DO CIRURGIÃO SOLICITANTE

Nome:	
CRM:	Especialidade médica:

_____ ___ / ___ / _____ _____

Cidade Data Carimbo e Assinatura