

DADOS DO BENEFICIÁRIO

Nome:

Matrícula:

ATENÇÃO: o(a) paciente acima identificado(a) possui proposta para realização de Cirurgia Bariátrica. Solicitamos o seu parecer, avaliando a existência de transtorno mental não controlado (quadros psicóticos ou demenciais graves ou moderados), que possa contraindicar a realização da cirurgia proposta. Este documento deve ser preenchido por médico(a) psiquiatra especialista, com registro de especialidade no CRM conforme código de Ética Médica. Ao assinar este documento, o(a) profissional atesta a veracidade das informações apresentadas.

AVALIAÇÃO CLÍNICA

Paciente já fez tratamento psiquiátrico? Por quanto tempo?

Paciente já fez ou faz uso de medicação psiquiátrica? Qual medicação e dose? Por quanto tempo?

Paciente usa ou já usou qualquer tipo de droga?

Paciente fuma ou bebe? Quanto?

Considerações gerais:

INDICAÇÃO CIRÚRGICA

Declaro que o(a) paciente acima identificado(a):

- Não possui transtorno mental não controlado (transtorno de humor grave, quadros psicóticos em atividade ou quadros demenciais), e encontra-se lúcido(a), orientado(a), em condições normais de saúde mental, completamente capaz de avaliar as consequências de curto, médio e longo prazo do ato cirúrgico ao qual será submetido(a), das quais tem consciência e avalia com juízo crítico adequado.
- Possui transtorno mental não controlado, sem condições psiquiátricas para avaliar as consequências do ato cirúrgico a ser submetido(a), estando CONTRAINDICADO(A), do ponto de vista psiquiátrico, para a sua realização.

DADOS DO(A) PSIQUIATRA ASSISTENTE

Nome :

CRM:

RQE:

Cidade

Data

Carimbo e Assinatura