

DADOS DO BENEFICIÁRIO

Nome:	Matrícula:
-------	------------

ATENÇÃO: o(a) paciente acima identificado(a) possui proposta para realização de Cirurgia de Gastroplastia / Bariátrica. Solicitamos o seu relatório referente à falência do tratamento clínico realizado para tratamento da obesidade, por pelo menos, 2 (dois) anos. Ao assinar este documento, o(a) profissional declara que foi o(a) responsável pelo acompanhamento do(a) paciente no tratamento descrito e atesta a veracidade das informações apresentadas.

TRATAMENTO CLINICO

Declaro que o(a) paciente acima identificado não obteve resposta adequada ao tratamento clínico instituído por mim, por pelo menos 2 (dois) anos, para controle da obesidade.

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

Comorbidades:

Descreva abaixo as tentativas de tratamentos realizados para o controle da obesidade (alternativos / dieta / atividade física / medicamentosos) especificando o acompanhamento nos últimos 2 anos de tratamento e informando ao menos as 4 últimas medidas de IMC, com intervalo de mínimo 6 meses:

Data consulta	IMC	Terapêutica

CONTINUA NA PRÓXIMA PÁGINA

Carimbo e Assinatura do Profissional Solicitante

DADOS DO BENEFICIÁRIO

Nome:

Matrícula:

[Continuação] Descreva abaixo as tentativas de tratamentos realizados para o controle da obesidade (alternativos / dieta / atividade física / medicamentosos) especificando o acompanhamento nos últimos 2 anos de tratamento e informando ao menos as 4 últimas medidas de IMC, com intervalo de mínimo 6 meses:

Data consulta	IMC	Terapêutica

DADOS DO(A) PROFISSIONAL ASSISTENTE

Nome:

Especialidade:

CRM/CRN:

_____ Cidade

____ / ____ / ____
Data

_____ Carimbo e Assinatura