

**2 – ACOMPANHAMENTO DE PACIENTE PRÉ CIRURGIA BARIÁTRICA****DADOS DO PACIENTE**

Data da 1ª Avaliação

IMC 1ª Avaliação

Kg/m2

Peso

Kg

Data Avaliação Atual

IMC Atual

Kg/m2

**COMORBIDADES**☐ Não ☐ Sim☐ I10 - Hipertensão Arterial Sistêmica☐ O24.3 - *Diabetes Mellitus*☐ E78.0 - Dislipidemia☐ M19.9 - Artrose☐ G47.3 - Apneia☐ Outro:  CID-10Uso de medicamentos: ☐ Não ☐ SimPrática de atividade física: ☐ Não ☐ SimIndivíduo com IMC > 50 kg/m<sup>2</sup> perda ponderal  
de 10 a 20% do sobrepeso no pré-operatório: ☐ Não ☐ Sim**FASE INICIAL - Essa avaliação foi feita por:**☐ 2237-10 - Nutricionista☐ 2251-33 - Médico psiquiatra☐ 2252-25 - Médico cirurgião geral☐ 2515-10 - Psicólogo☐ 2251-55 - EndocrinologistaParticipa de reuniões em grupo  
com equipe multiprofissional?☐ 2251-25 - Médico clínico☐ 2252-20 - Médico cirurgião do aparelho digestivo☐ Não ☐ Sim**FASE SECUNDÁRIA**

Avaliação do risco cirúrgico:

☐ SIM ☐ NÃO

Realizado exames Laboratoriais:

☐ SIM ☐ NÃO**EXAMES COMPLEMENTARES**☐ 02.09.01.003-7: Esofagogastroduodenoscopia☐ 02.05.02.0004-6: Ultra-sonografia de abdômen total☐ 02.05.01.003-2: Ecocardiografia transtoracica☐ 02.05.01.004-0: Ultrassonografia doppler colorido (até 3 vasos)☐ 02.11.08.005-5: Prova de função pulmonar completa com broncodilatador (espirometria)**APTO PARA PROCEDIMENTO CIRÚRGICO?**☐ SIM☐ EM PREPARO☐ NÃO**SOLICITAÇÃO**

ASSINATURA E CARIMBO (Nº REGISTRO DO CONSELHO) PROFISSIONAL SOLICITANTE

**AUTORIZAÇÃO**

ASSINATURA E CARIMBO (Nº REGISTRO DO CONSELHO) PROFISSIONAL AUTORIZADOR

**1 – ACOMPANHAMENTO DE PACIENTE PÓS CIRURGIA BARIÁTRICA****DADOS DO PACIENTE**

IMC Atual

Kg/m2

Percentual de Excesso  
de Peso Perdido

%

Quilogramas Perdidos

Kg

**PROCEDIMENTO CIRÚRGICO BARIÁTRICO**☐

04.07.01.012-2 - Gastrectomia com ou sem desvio duodenal

☐

04.07.01.036-0 - Gastrectomia Vertical em Manga (Sleeve)

☐

04.07.01.017-3 - Gastroplastia com derivação intestinal

☐

04.07.01.018-1 - Gastroplastia vertical com banda

Data da Cirurgia

Número da AIH

**CIRURGIA(S) PLÁSTICA(S) REPARADORA(S) PÓS CIRURGIA BARIÁTRICA**☐

04.13.04.005-4 Dermolipectomia Abdominal pós-bariátrica

Tempo pós cirurgia bariátrica

Meses

☐

04.13.04.008-9 Mamoplastia pós-bariátrica

Tempo pós cirurgia bariátrica

Meses

☐

04.13.04.006-2 Dermolipectomia Braquial pós-bariátrica

Tempo pós cirurgia bariátrica

Meses

☐

04.13.04.007-0 Dermolipectomia Crural pós-bariátrica

Tempo pós cirurgia bariátrica

Meses

☐

04.13.04.026-7 Dermolipectomia abdominal circunferencial pós-bariátrica

Tempo pós cirurgia bariátrica

Meses

**PERIODICIDADE DO ACOMPANHAMENTO**

Mês de Acompanhamento (Até o 18º Mês)

Ano de Acompanhamento (A partir do 2º Ano)

**COMORBIDADES**☐

Não

☐

Sim

☐

I10 - Hipertensão Arterial Sistêmica

☐

O24.3 - Diabetes Mellitus

☐

E78.0 - Dislipidemia

☐

M19.9 - Artrose

☐

G47.3 - Apnéia

☐Outro:  CID-10

Uso de medicamentos:

☐

Não

☐

Sim

Uso de polivitamínico:

☐

Não

☐

Sim

Prática de atividade física:

☐

Não

☐

Sim

Houve reganho de Peso:

☐

Não

☐

Sim

Houve adesão a uma alimentação saudável e balanceada:

☐

Não

☐

Sim

**SOLICITAÇÃO**

ASSINATURA E CARIMBO (Nº REGISTRO DO CONSELHO) PROFISSIONAL SOLICITANTE

**AUTORIZAÇÃO**

ASSINATURA E CARIMBO (Nº REGISTRO DO CONSELHO) PROFISSIONAL AUTORIZADOR