|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **­­­Preenchido pelo Profissional Assistente** | | | | | | |
| Endocrinologista  Cirurgião Geral  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 | | | | | | |
| Tempo de evolução da doença | | | | | | |
| Observações: | | | | | | |
| **Assinatura** | | | | | | |
| **Assinatura e carimbo do proﬁssional solicitante** | | | | **Data** | | |