



**PROTOCOLO
PARA AVALIAÇÃO DA SOLICITAÇÃO DE
TRATAMENTO CIRÚRGICO DE
OBESIDADE SEVERA**

FRM-QUAL-364
DATA: 12/11/201
REV 002
FL: 1/6

Formulário A

A UNIMED VITÓRIA relaciona abaixo os documentos necessários para que o paciente com recomendação de cirurgia bariátrica providencie previamente antes da autorização do procedimento.

	DOCUMENTO	INFORMAÇÕES NECESSÁRIAS
1	Laudo de médico Cirurgião Geral	Tipo de cirurgia proposta e técnica escolhida com justificativas, além de possíveis complicações.
2	Laudo de médico endocrinologista (Formulário B)	Tempo de acompanhamento (insucesso de pelo menos 1 ano).
3	Laudo de médico psiquiatra e/ou psicólogo (Formulário C)	Aconselhamento da cirurgia, sem contraindicações.
4	Termo de Consentimento Espontâneo e Informado (Formulário D)	Assinatura do paciente e de familiar. Assinatura e carimbo do médico.
5	Em caso de portador de doença crônica, laudo do profissional que o acompanha.	Afirmção de não contraindicar o procedimento cirúrgico bariátrico.
6	Em caso de co-morbidade agravada pela obesidade, laudo de profissional que o acompanha.	Indicação da cirurgia bariátrica.

Após estar de posse dos documentos discriminados acima, comparecer à loja de atendimento para perícia médica.

PROTOCOLO UNIMED VITÓRIA

Esse laudo deve ser preenchido por médico Endocrinologista e tem como finalidade:

1. Confirmar a indicação clínica de cirurgia bariátrica.
2. Documentar a Intratabilidade Clínica
3. Afastar doenças endócrinas causadoras de obesidade.
4. Controlar Metabolicamente o diabetes e dislipidemia para a cirurgia



**PROTOCOLO
PARA AVALIAÇÃO DA SOLICITAÇÃO DE
TRATAMENTO CIRÚRGICO DE
OBESIDADE SEVERA**

FRM-QUAL-364
DATA: 12/11/201
REV 002
FL: 2/6

Formulário B

AVALIAÇÃO ENDOCRINOLÓGICA

Nome: **Sexo:**.....

Idade: **Código:**.....

Profissão: **Estado Civil:**.....

Idade de início da obesidade:

Tratamentos médicos realizados para obesidade:

.....

CO-MORBIDADES: (S) = SIM e (N) = NÃO

() Síndrome Metabólica (3 dos seguintes sinais: NCEP ATP III)

() Cintura abdominal > 102 em homens e > 88 em mulheres

() HDL < 40 em homens e < 50 em mulheres

() Triglicerídeos > 150

() PA > 130 / 85

() Glicemia em jejum > 110

() Intolerância a glicose

() Diabetes

Época do diagnóstico:

Tipo de tratamento atual:

() Insulina – dose – tipo:

() Hipoglicemiante – qual – dosagem:

() Anti Hiperglicemiante – dosagem:

O Paciente em uso de Metformina foi informado que a mesma deve ser suspensa 7 dias antes da cirurgia?

Complicações:

() Retinopatia

() Nefropatia

() Neuropatia Periférica

() Doença Macrovascular – infarto e derrame

() Outros:

() Dislipidemia – uso de medicamento – Qual?

() Hipertensão Arterial

() Apneia do sono: () Uso de CPAP

() Artropatias



**PROTOCOLO
PARA AVALIAÇÃO DA SOLICITAÇÃO DE
TRATAMENTO CIRÚRGICO DE
OBESIDADE SEVERA**

FRM-QUAL-364
DATA: 12/11/201
REV 002
FL: 3/6

() Outras doenças associadas:

() Outros Medicamentos:

() Cirurgias já realizadas:

INFORMAÇÕES DE FAMILIARES:

() Pai () Mãe () Esposo () outro:

() Alcoolismo – dose/dia:

() Tabagismo – cigarros/dia:

() Uso de drogas – quais?

() Atitudes compulsivas (jogo, compras etc.):

() Depressão

EXAME FÍSICO:

Altura: Peso: IMC:

Cintura Abdominal: Acantose Nigricans?

HÁBITOS ALIMENTARES:

() Compulsão alimentar () Episódios de Binge () Comedor Noturno

INDICAÇÃO DE CIRURGIA BARIÁTRICA

1 – Há quanto tempo acompanha o paciente?

2 – As Consultas médicas são regulares?

3 – Medicamentos já utilizados na tentativa de emagrecer?

4 – Qual a indicação de Cirurgia?

5 – As contra-indicações foram descartadas?

6 – A Família e o paciente foram informados dos riscos e benefícios comuns à cirurgia?

Data:..... / /

Assinatura/carimbo do(s) Médico(s) Especialista em Endocrinologia:



**PROTOCOLO
PARA AVALIAÇÃO DA SOLICITAÇÃO DE
TRATAMENTO CIRÚRGICO DE
OBESIDADE SEVERA**

FRM-QUAL-364
DATA: 12/11/201
REV 002
FL: 4/6

Formulário C

AVALIAÇÃO ESPECIALIZADA MÉDICO PSQUIÁTRICA e/ou PSICÓLOGO

1) DADOS DO PACIENTE

Nome:

Data de Nascimento: **Idade:**

2) HISTÓRIA CLÍNICA ATUAL

Descrição do estado psicológico: lucidez, orientação, humor, nexos afetivos, motivação para a cirurgia etc.

3) HISTÓRIA PESSOAL

Se já apresentou alguma doença grave anterior, como: meningite, encefalite, hepatite; etc. Se já fez ou faz algum tratamento médico psiquiátrico ou psicoterápico, por qual motivo. Se já fez ou faz uso de medicação psiquiátrica; qual e por que motivo. Se fez ou faz uso de álcool ou outros agentes tóxicos lícitos ou ilícitos. Se apresenta comportamento melancólico ou com características suicidas.

4) HISTÓRIA FAMILIAR

Descrição dos casos de depressão, doença mental, suicídio, etc. na família.

5) CONCLUSÃO

Declaro ser verdade o relatado acima.

.....
Data

.....
Assinatura e Carimbo do Médico Psiquiatra e/ou Psicólogo



**PROTOCOLO
PARA AVALIAÇÃO DA SOLICITAÇÃO DE
TRATAMENTO CIRÚRGICO DE
OBESIDADE SEVERA**

FRM-QUAL-364
DATA: 12/11/201
REV 002
FL: 5/6

Formulário D

TERMO DE CONSENTIMENTO ESPONTÂNEO E INFORMADO

Paciente:.....

Operação Proposta (Capella/Fobi, banda gástrica etc.):.....

Risco de complicações: () Baixo () Médio () Alto

EXPLICAÇÕES AO PACIENTE

1) Objetivos da intervenção principal

Estreitar a vida de entrada do estômago / Reduzir a capacidade do estômago / Excluir a maior parte do estômago / Excluir grande extensão do intestino / Diminuir a absorção dos alimentos / Outros.

2) Operações associadas porventura incluídas

Retirada da vesícula biliar (calculose) / Correção de hérnia ou eventração / Outras.

3) Aspectos técnicos

Anestesia tipo: geral / regional; Operação com duração média de horas; internação na UTI pelo prazo usual de horas; Permanência no hospital por aproximadamente dias; Probabilidade de transfusão: reduzida / média / elevada. **Observação: Estes dados são meramente indicativos e poderão se alterar em função dos achados cirúrgicos; Excepcionalmente a cirurgia também poderá ser suspensa caso alterações clínicas imprevistas assim o determinem.**

4) Desconfortos e problemas previstos na internação

Dor na ferida cirúrgica / incômodo de sondas, tubos venosos, eletrodos, monitores etc. / Dieta zero ou em minúsculas porções / Náuseas, dificuldades à deglutição, refluxo alimentar, diarreias, intolerâncias medicamentosas e outros / Tempo de recuperação estimado para trabalho, rotina doméstica ou viagens:..... (média: 3 a 6 semanas).

5) Riscos e complicações

Infecções: ferida cirúrgica / cavidade abdominal / respiratórias / outros locais. Problemas com a cicatrização dos pontos. Coágulos venosos de membros inferiores e pulmonares. Dificuldades respiratórias. Arritmias ou outras alterações cardíacas. Perda de peso insuficiente. Necessidade de reoperação. Problemas psicológicos: dependência de drogas, alcoolismo, depressão, tendência suicida e outros.

6) Tratamentos eventualmente necessários após a alta hospitalar

Seguimento clínico / medidas nutricionais / acompanhamento psicológico / exercícios e fisioterapia / outros.

7) Benefícios esperados com a operação

Perda de peso significativa / Prevenção ou melhora de diabetes, hipertensão, hiperlipidemia, anormalidades cárdio-respiratórias, artrite, apneia do sono / Diminuição do consumo de medicamentos para diversas enfermidades / Menores chances de infarto, derrame, trombozes e outras doenças graves / Melhora da capacidade de movimentação e de trabalho / Qualidade de vida mais satisfatória.

8) Direitos assegurados ao paciente

(a) Ter acesso pessoal às informações do seu prontuário sempre que solicitar, ou autorizar médico de sua confiança a acompanhar sua evolução, desde que notificado previamente à equipe cirúrgica.



**PROTOCOLO
PARA AVALIAÇÃO DA SOLICITAÇÃO DE
TRATAMENTO CIRÚRGICO DE
OBESIDADE SEVERA**

FRM-QUAL-364
DATA: 12/11/201
REV 002
FL: 6/6

(b) Estar seguro da privacidade e confidencialidade das suas anotações clínicas, radiografias, fotos e outros documentos, salvo por médicos e profissionais envolvidos com seu tratamento, estudos científicos ou comunicações em reuniões e publicações técnicas.

(c) Revogar o consentimento mediante aviso aos médicos se a qualquer momento desistir do procedimento, sem sofrer qualquer pressão, recriminação ou perda de direitos como paciente perante a equipe cirúrgica.

(d) Contar com a orientação e assistência dos cirurgiões se, em algum instante, surgir imprevisto, complicação ou necessidade de tratamento adicional relativo à cirurgia realizada, a menos que manifeste desejo contrário, quanto então estará livre para seguir qualquer outra conduta.

CONSENTIMENTO POR ESCLARECIMENTO

Declaro que, após ter lido e entendido as explicações acima, concordo em me submeter à operação de, conforme recomendado.

.....
Local e data

.....
Assinatura de Familiar

<Colocar o nome por extenso e o grau de parentesco>.

.....
Assinatura e carimbo do profissional que prestou as informações