

**SOLICITAÇÃO DE
CIRURGIA BARIÁTRICA**

Cliente: _____

Matrícula: _____ Médico Assistente: _____

Hospital: _____

Data de Nascimento: ____ / ____ / ____ Peso: ____ Altura: ____ IMC : ____

Tempo de Evolução da Patologia:☐ Menos de 2 anos ☐ Entre 2 e 5 anos ☐ Entre 5 e 10 anos ☐ Mais de 10 anos

Tempo de preparo para cirurgia: 1ª consulta: ____ / ____ / ____

Tratamentos já realizados:

- ☐ Dietas
- ☐ Medicamentos
- ☐ Exercícios
- ☐ Grupo de Ajuda

Co-Morbidades:

- ☐ Hipertensão Arterial
- ☐ Diabetes Tipo I
- ☐ Esteatose Hepática
- ☐ Osteoartrose
- ☐ Diabetes Tipo II
- ☐ Esteatose Hepática
- ☐ Osteoartrose

Cirurgia Proposta (Código 3.10.02.21-8)**Gastroplastia para Obesidade Mórbida - Qualquer Técnica**

- ☐ Gastroplastia Redutora em Y de Roux com Anel - Convencional
- ☐ Gastroplastia Redutora em Y de Roux com Anel - Laparoscópica
- ☐ Gastroplastia Redutora em Y de Roux sem Anel - Laparoscópica
- ☐ Cirurgia Disabsortiva - Scopinaro
- ☐ Cirurgia Disabsortiva do tipo Duodenal-Switch
- ☐ Cirurgia Restritiva (Sleeve)

Materiais Solicitados:
