



Obesidade Mórbida – Protocolos

Para análise da solicitação de cirurgia de Obesidade Mórbida, é imprescindível o envio à CABESP da relação completa dos documentos descritos abaixo:

- 1- Protocolo 01 - solicitação de tratamento cirúrgico preenchido pelo cirurgião;
- 2- Protocolos 02 ao 04 – preenchidos pelos respectivos especialistas;
- 3- Protocolo 05 – preenchido pelo próprio paciente;
- 4- CÓPIA dos resultados dos seguintes exames:
 - Hemograma, glicemia, colesterol, triglicérides, T3, T4 e TSH

Eventualmente, poderão ser necessários exames adicionais, solicitados a critério da Cabesp.

Os exames e as avaliações devem ter sido realizados até 03 meses antes da data de solicitação da cirurgia.

Os documentos solicitados devem ser postados e enviados (todos juntos) para CABESP

- Auditoria e Regulação Médica

Rua Boa Vista, 293 - Centro, São Paulo-SP - CEP 01014-915.

Processos que não tiverem o envio da documentação completa no prazo de 03 (três) meses serão arquivados e, para análise, será necessária abertura de novo processo.

Não serão analisadas solicitações de pessoas com idade inferior a 16 anos.

Informamos que a CABESP analisa solicitação de cirurgia bariátrica conforme resolução

CFM 1.766/05, portaria 196 do Ministério da Saúde.

PROCOLO 01
SOLICITAÇÃO DE TRATAMENTO CIRÚRGICO PARA OBESIDADE MÓRBIDA

Nome: _____ Código Cabesp: _____

Idade: _____ Profissão: _____

Peso atual: _____ Altura: _____ IMC: _____ Idade de início da obesidade: _____

PRESEÇA DE DOENÇAS RELACIONADAS:

- Hipertensão arterial () PA ____ X ____ mmhg - Medicação em uso _____
- Diabetes () Medicação em uso _____
- Dislipemias e distúrbios metabólicos () Colesterol total: _____
- Triglicérides: _____ Medicação em uso: _____
- Sonolência diurna () Apnéia do sono () Índice de apnéia/hipopnéia: _____ por hora.
- Uso de C PAP nasal () Resultado: _____
- Distúrbios osteoarticulares () Especificar _____
- Transtornos respiratórios: () Especificar : _____

PRESEÇA DE OUTRAS DOENÇAS ENDÓCRINAS ()

Especificar _____

DEPENDÊNCIAS / DISTÚRBIOS COMPORTAMENTAIS:

Etilismo () Drogadição: () Tabagismo () Compulsões () Outros ()

Especificar _____

Realiza psicoterapia atualmente Não () Sim () Desde _____

Profissional: Psicólogo () Psiquiatra () Nome: _____

Uso crônico de medicamentos: corticosteróides () tempo ____ / antipsicóticos () tempo ____

benzodiazepínicos () tempo ____ / antidepressivos tricíclicos () tempo ____ /

anti-epiléticos () tempo ____ outros () _____ tempo ____

CONDIÇÕES FÍSICAS/CLÍNICAS NÃO RELACIONADAS À OBESIDADE.

Cirrose hepática () Cardiopatias () Pneumopatias () Insuficiência renal crônica ()

Outras () Especificar _____

EVOLUÇÃO DO PESO NOS ÚLTIMOS 02 (DOIS) ANOS. DESCREVA OS TRATAMENTOS REALIZADOS PARA OBESIDADE , COM TEMPO DE DURAÇÃO E SEUS RESULTADOS:

Nome do cirurgião _____ CRM _____

Assinatura _____ Tel. Para contato () _____

Carimbo

Local e Data: _____

Este relatório deve ser postado e enviado para Cabesp Auditoria e Regulação Médica juntamente com os relatórios dos especialistas



PROTOCOLO 02
SOLICITAÇÃO DE TRATAMENTO CIRÚRGICO PARA OBESIDADE MÓRBIDA
Avaliação Cardiológica

Nome: _____ **Código Cabesp** _____

• Exame Físico _____

• Doenças cardíacas _____

• Exames (se realizados) resultados:
ECG () _____
Teste Ergométrico () _____
Ecocardiograma () _____
Mapa () _____

• Risco cirúrgico _____

• Contra indicação para realizar cirurgia bariátrica
Não () _____
Sim () _____
Quais _____

Nome do médico _____ **CRM** _____

Assinatura _____ **Tel. Para contato** () _____
Carimbo

Local e Data: _____



PROTOCOLO 03
SOLICITAÇÃO DE TRATAMENTO CIRÚRGICO PARA OBESIDADE MÓRBIDA
Avaliação Endocrinológica

Nome: _____ **Código Cabesp** _____

• Exame Físico _____

• Doenças endócrinas _____

• Evolução da obesidade nos últimos 02 (dois) anos com os tratamentos realizados:

• Exames realizados/resultados:
T3 () _____
T4 () _____
TSH () _____
Hemoglobina Glicada () _____

• Contra indicação para realizar cirurgia bariátrica
Não () _____
Sim () _____
Quais _____

Nome do médico _____ **CRM** _____

Assinatura _____ **Tel. Para contato** () _____
Carimbo

Local e Data: _____

PROTOCOLO 04
SOLICITAÇÃO DE TRATAMENTO CIRÚRGICO PARA OBESIDADE MÓRBIDA
Avaliação Psicológica/ Psiquiátrica

Nome: _____ Código Cabesp _____

• Apresentação Pessoal (andar, vestuário, sudorese, etc) _____

• Faz psicoterapia atualmente: Não () Sim () desde _____ com _____
_____ psicólogo () CRP _____ psiquiatra () CRM _____

• Faz uso de medicação psiquiátrica atualmente: Não () Sim () desde ____/____/____

Medicamentos: _____

• Eventos/antecedentes psiquiátricos: Não () Sim () internação psiquiátrica () em _____
atendimento de urgência Não () Sim () em _____, cite a ocorrência _____

RELATO DE SINTOMATOLOGIA	ATUAL (Assinale c/ x)	PASSADO (Assinale c/ x) Se diagnosticada, citar modalidade de tratamento, ano de início e duração do mesmo.
Depressiva		
Fóbica		
Transtorno do Pânico		
Anorexia / bulimia		
Compulsões alimentares		
Outras compulsões: por ex: jogos, sexo, gastos, etc		
Uso / abuso de álcool e/ou outras drogas		
TOC		
Impulsividade / Comport. de risco		
Transtorno de pensamento		
Transtorno de humor		

• **Observações:** _____

• Nº de sessões / consultas para a presente avaliação _____ Data da 1ª _____ data última _____

• Método / instrumentos utilizados _____

Há contra indicação para realização de cirurgia bariátrica na atualidade: Não () Sim ()

Motivo _____

Nome do Profissional _____

CRP _____

CRM _____

Assinatura _____ **Tel. Para contato ()** _____

Carimbo

Local e Data: _____

PROCOLO 05
SOLICITAÇÃO DE TRATAMENTO CIRÚRGICO PARA OBESIDADE MÓRBIDA
PREENCHIDO PELO PRÓPRIO PACIENTE

Nome: _____ Código Cabesp: _____
 Idade _____ Altura _____ Peso atual _____ Kg, a dificuldade com excesso de peso teve
 Início no ano de _____ ao atingir o peso de _____ Kg, maior peso atingido _____ Kg no ano de _____

Principais dificuldades causadas pelo excesso de peso _____

Breve descrição dos tratamentos realizados nos últimos 5 anos, comprovados por relatório médico constando: período de acompanhamento, tratamento instituído e resultados, (iniciar pelo mais recente).

• Especialidade: Endocrinologia

Nome do Médico	Cidade	Tipos de tratamento: Medicamentos / dieta	Época /datas de Início e fim

• Especialidade: Psicologia / Psiquiatria

Nome e citar Psic. p/ psicólogo e Psiq. p/ psiquiatra	Cidade	Tipos de tratamento: Medicamentos, psicoterapia citar: individual, grupal, familiar	Época /datas de Início e fim

Dietas especiais / exercícios físicos _____

SPA: Sim () Não () – Resultados: _____

Considero ter esgotado os recursos convencionais para o tratamento de obesidade Sim () Não ()

_____ Tel p/ contato: () _____
 Assinatura

Local e Data _____