

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:
