

ANEXO V

FORMULÁRIO PARA ANÁLISE DA REGIONAL DE SAÚDE ORIGEM DO PACIENTE

1. IDENTIFICAÇÃO:

- 1.1 Nome do paciente: _____
- 1.2 Nome da mãe: _____
- 1.3 Data de nascimento: __/__/__
- 1.4 Número do Cartão Nacional de Saúde (CNS): _____ () Definitivo
- 1.5 Município de residência: _____
- 1.6 Região de Saúde: _____
- 1.7 Comprovante do endereço residencial: () Sim () Não
- 1.8 Há conformidade entre o comprovante de endereço apresentado e o endereço verificado no cadastro definitivo (CAD WEB) () Sim () Não

2. FLUXO DE ENCAMINHAMENTO PARA A CIRURGIA BARIÁTRICA:

- 2.1. Realizou acompanhamento na Atenção Primária à Saúde (APS) e/ou na Atenção Ambulatorial Especializada (AAE) pelo período de dois anos sem resposta ao tratamento clínico?¹ () Sim () Não

¹Tratamento clínico longitudinal que deve ser realizado por equipe multiprofissional na Atenção Primária à Saúde (APS) e/ou na Atenção Ambulatorial Especializada – AAE e incluir orientação e apoio para mudança de hábitos, dietoterapia, psicoterapia, prescrição de atividade física e, se necessário, farmacoterapia).

- 2.2 Realizou avaliação inicial na APS com Ficha de Referência (Anexo II) preenchida? () Sim () Não
- 2.3 Realizou avaliação na AAE com ficha de encaminhamento (Anexo III) preenchida? () Sim () Não
- 2.4. Órgão responsável pelo agendamento de consulta médica especializada: () Município () Regional de Saúde

3. HISTÓRIA CLÍNICA DO PACIENTE

- 3.1. Peso atual: _____ kg Altura: _____ cm

IMC (Índice de massa corporal) _____ Kg/m²

- a) IMC > 50kg/m² ()
- b) IMC ≥ 40 kg/m² com ou sem comorbidades e que não tenham obtido sucesso ao tratamento clínico após acompanhamento por no mínimo 02 (dois) anos na APS e/ou AAE ()
- c) IMC I ≥ 35 kg/m² com alguma das seguintes comorbidades:

- **Risco Cardiovascular Elevado²** ()

²Cálculo do risco cardiovascular conforme literatura médica: p.ex.: Framingham general CVD risk score (2008); ACC/AHA pooled cohort hard CVD risk calculator (2013); MESA risk score (2015); entre outros.

- **Diabetes Mellitus de difícil controle**

() Há quanto tempo: _____ () Faz tratamento? Há quanto tempo: _____

- **Hipertensão Arterial Sistêmica de difícil controle**

() Há quanto tempo: _____ () Faz tratamento? Há quanto tempo: _____

- Síndrome da Apnéia Obstrutiva do Sono

() Há quanto tempo: _____ () Faz tratamento? Há quanto tempo: _____

- Doenças articulares degenerativas

() Há quanto tempo: _____ () Faz tratamento? Há quanto tempo: _____

- Outras comorbidades

() Há quanto tempo: _____ () Faz tratamento? Há quanto tempo: _____

Apresentou exames/ laudos comprobatórios para cada comorbidade³?

() Sim () Não, documentos faltantes:

³p.ex.: glicemia de jejum ou hemoglobina glicosilada (HbA1c); perfil lipídico (colesterol total, LDL, HDL, triglicérides); polissonografia; exames de imagem das articulações acometidas; diagnóstico de hipertensão arterial sistêmica (HAS); entre outros.

Medicações em uso:

Se paciente com idade entre 16 e 18 anos

IMC por idade com Escore-Z maior que 4+: () Sim () Não

Apresentou RX de punho com epífise de crescimento consolidada: () Sim () Não

Apresentou laudo médico com análise da idade óssea com avaliação do risco – benefício, com assinatura de dois profissionais médicos especialistas na área: () Sim () Não

Se paciente com idade acima de 65 anos

A avaliação realizada pela equipe multiprofissional considerou o risco-benefício, o risco cirúrgico, a presença de comorbidades, a expectativa de vida do paciente, assim como o benefício clínico do emagrecimento estimado? () Sim () Não

4.CONTRAIINDICAÇÕES:

4.1 Limitação intelectual significativa em pacientes sem suporte familiar adequado: () Sim () Não

4.2 Quadro de transtorno psiquiátrico não controlado, incluindo uso de álcool ou drogas ilícitas: () Sim () Não

4.3 Doença cardiopulmonar grave e descompensada que influencie na relação risco- benefício: () Sim () Não

4.4 Hipertensão portal, com varizes esofagogástricas; doenças imunológicas ou inflamatórias do trato digestivo que venham a predispor o indivíduo a sangramento digestivo ou outras condições de risco:() Sim () Não

4.5 Síndrome de Cushing decorrente de hiperplasia na suprarrenal não tratada e tumores endócrinos:

Sim Não

5.PROCEDIMENTO SOLICITADO:

5.1. Código do procedimento principal: _____

5.2. Descrição do procedimento principal: _____

5.3. O solicitante possui habilitação junto ao Ministério da Saúde para realização do procedimento solicitado? (0202 - Unidade de Assistência de Alta Complexidade ao Paciente Portador de Obesidade Grave ou 0203 - Assistência de Alta Complexidade ao Indivíduo com Obesidade): Sim Não

6.PARECER CONCLUSIVO:

6.1 Solicitação atendeu a todos os requisitos deste documento: Sim Não

Se não, quais ações foram adotadas:

Solicitação devolvida para o Gestor Municipal de Origem para providências em relação aos itens 1 e/ou 2.

Solicitação devolvida para o prestador de serviço solicitante ou unidade da AAE para providências em relação aos itens 3, 4 e/ou 5.