

**Anexo II**

**FORMULÁRIO DE REFERÊNCIA PARA ENCAMINHAMENTO AO SERVIÇO AMBULATORIAL ESPECIALIZADO.**

**DADOS DE IDENTIFICAÇÃO**

Nome		Nº Prontuário	
Data de Nascimento	Sexo	Nº Cartão Nacional de Saúde Definitivo	
Nome da Mãe		Município/UF Nascimento	
Endereço residência		Bairro	CEP
Município/UF residência	Telefone residencial	Telefone celular	
Unidade de Saúde solicitante		CNES	Telefone da US

**DADOS DO ENCAMINHAMENTO**

Especialidade encaminhada			
<b>Dados do Atendimento</b>			
Peso (Kg)	Altura (m)	IMC (Kg/m <sup>2</sup> )	
Motivo do encaminhamento			
<p>História clínica (Descrever a assistência prestada na Atenção Primária a Saúde- APS para tratamento da obesidade)</p>			
<b>ASSISTÊNCIA PRESTADA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE</b>			
<p>Descrever a assistência prestada por cada profissional, tempo de acompanhamento, frequência, tratamentos realizados e outras informações pertinentes.</p>			
<p><b>Médico</b> ( ) Tempo de Acompanhamento: _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>			
<p><b>Enfermeiro</b> ( ) Tempo de Acompanhamento: _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>			

**Nutricionista** ( ) Tempo de Acompanhamento: \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

---

---

---

**Profissional de Educação Física na Saúde** ( ) Tempo de Acompanhamento: \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

---

---

---

**Psicólogo** ( ) Tempo de Acompanhamento: \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

---

---

---

**Demais profissionais** ( ) Quais ? \_\_\_\_\_

Tempo de Acompanhamento: \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

---

---

---

**PERÍODO DE TRATAMENTO CLÍNICO LONGITUDINAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**

Foram realizados no mínimo 02 anos de tratamento clínico longitudinal por equipe multiprofissional?

( ) SIM

( ) NÃO. Se não, qual foi o tempo de tratamento realizado antes de ser encaminhado o paciente para tratamento cirúrgico?

---

---

---

---

Hipótese diagnóstica

Data da solicitação

## COMORBIDADES

- Risco cardiovascular elevado ( ) Sim ( ) Não.
- Diabetes Mellitus de difícil controle ( ) Sim ( ) Não Se sim, há quanto tempo? \_\_\_\_\_
- Faz tratamento? ( ) Sim. Há quanto tempo? \_\_\_ ( ) Não.
- Hipertensão Arterial Sistêmica de difícil controle ( ) Sim ( ) Não. Se sim, há quanto tempo? \_\_\_\_\_
- Faz tratamento? ( ) Sim. Há quanto tempo? \_\_\_\_\_ ( ) Não.
- Sínd.da Apnéia Obstrutiva do Sono ( ) Sim ( ) Não. Se sim, há quanto tempo? \_\_\_\_\_
- Faz tratamento? ( ) Sim. Há quanto tempo \_\_\_\_\_ ( ) Não.
- Doenças articulares degenerativas ( ) Sim ( ) Não Se sim, há quanto tempo?
- Faz tratamento? ( ) Sim. Há quanto tempo? \_\_\_\_\_ ( ) Não.
- Outras comorbidades:
- Limitação intelectual significativa ( ) Sim ( ) Não.
- Quadro de transtorno psiquiátrico não controlado, incluindo uso de álcool ou drogas ilícitas  
( ) Sim ( ) Não.
- Hipertensão portal com varizes esofagogástricas ( ) Sim ( ) Não.
- Doenças imunológicas ou inflamatórias do trato digestivo que venham a predispor o indivíduo a sangramento digestivo ou outras condições de risco  
( ) Sim ( ) Não
- Síndrome de Cushing decorrente de hiperplasia na suprarrenal não tratada e tumores endócrinos  
( ) Sim ( ) Não
- Doença cardiopulmonar grave e descompensada ( ) Sim ( ) Não

### MEDICAÇÕES EM USO:

---

---

---

**EXAMES:** Se houverem comorbidades, anexar exames/laudos comprobatórios para cada uma.

### LEVAR À CONSULTA AGENDADA:

- DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO;
- ESTE FORMULÁRIO DE ENCAMINHAMENTO (FICHA DE REFERÊNCIA);
- COMPROVANTE DE AGENDAMENTO;
- RESULTADOS DE EXAMES

\_\_\_\_\_  
**Assinatura e carimbo com CRM**