

Anexo III

**Formulário de encaminhamento para serviço habilitado em Assistência de
Alta Complexidade ao Indivíduo com Obesidade**

(PARA PREENCHIMENTO DA ATENÇÃO AMBULATORIAL ESPECIALIZADA AAE – MÉDIA OU ALTA COMPLEXIDADE)

1. IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

Nome do estabelecimento: _____ CNES: _____

2. IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome do paciente:

Nome da mãe:

Sexo: _____ Data de nascimento: ____/____/____

Número do Cartão Nacional de Saúde Definitivo (CNS): _____

Endereço Residencial¹: _____

Bairro: _____ CEP: _____

Município: _____ UF: _____

Nome da Unidade Básica de Saúde _____ CNES: _____ Região de Saúde:

Data do início do acompanhamento na AAE: ____/____/____

¹ Anexar comprovante do endereço residencial

INFORMAÇÕES CLÍNICAS RELEVANTES:

O paciente realizou acompanhamento na Atenção Primária à Saúde - APS e/ou na Atenção Ambulatorial Especializada - AAE pelo período de 02 (dois) anos sem resposta ao tratamento clínico? () Sim () Não

² Tratamento 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)

O paciente realizou avaliação inicial na APS?

() Sim, anexar ficha de referência preenchida () Não

Órgão responsável pelo agendamento de consulta médica especializada:

() Município () Regional de Saúde

3. HISTÓRIA CLÍNICA DO PACIENTE

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 ≥ 35 kg/m² com alguma das seguintes comorbidades : ()

- Risco Cardiovascular Elevado³ ()

³ Cálculo 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 comorbidades⁴:

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

⁴ Se houverem comorbidades, anexar exames/laudos comprobatórios para cada uma.

Medicações em uso:

Se paciente com idade entre 16 e 18 anos

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

- Há raio X de punho com epífise de crescimento consolidada? () Sim () Não. Anexar.

- Apresentar laudo médico com análise da idade óssea com avaliação do risco – benefício, com assinatura do profissional médico especialista na área.

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. CONTRAINDICAÇÕES:

Informar a existência de contraindicações conforme relação abaixo:

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

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

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

- 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

- Síndrome de Cushing decorrente de hiperplasia na suprarrenal não tratada e tumores endócrinos: () Sim () Não

5. CONCLUSÃO

Paciente tem indicação para tratamento cirúrgico? () Sim () Não

6. ENCAMINHAMENTO:

() Agendar consulta via Regional de Saúde no hospital habilitado de Assistência de Alta Complexidade ao Paciente Portador de Obesidade Grave para procedimento cirúrgico conforme Região de Saúde de origem do paciente.

() Retornar para tratamento na APS

() Manter tratamento terapêutico na AAE

7. PROCEDIMENTO SOLICITADO:

7.1. Código do procedimento principal: _____

7.2. Descrição do procedimento principal: _____

7.3. 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

DADOS DO AVALIADOR:

Nome do médico assistente: _____

Especialidade: _____ CRM: _____

E-mail: _____ Telefone: _____

Carimbo e assinatura do médico assistente: _____

Diretor técnico/clínico: _____ CRM: _____

E-mail: _____ Telefone: _____

Carimbo e assinatura do diretor técnico/clínico: _____

Local e Data do Encaminhamento