

## Obesidade Mórbida – Protocolos

Para análise da solicitação de cirurgia de Obesidade Mórbida, é imprescindível o envio à APAS 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 APAS.

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  
APAS - Auditoria e Regulação Médica**

**Av. Libero de Almeida Silveiras, 3014 – Coester - Fernandópolis- SP- CEP 15.600-000.**

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 APAS analisa solicitação de cirurgia bariátrica conforme resolução CFM 1.766/05, portaria 196 do Ministério da Saúde.**

## PROTOCOLO 01

### SOLICITAÇÃO DE TRATAMENTO CIRÚRGICO PARA OBESIDADE MÓRBIDA

Nome: \_\_\_\_\_ Código APAS: \_\_\_\_\_

Idade: \_\_\_\_\_ Profissão: \_\_\_\_\_

Peso atual: \_\_\_\_\_ Altura: \_\_\_\_\_ IMC: \_\_\_\_\_ Idade de início da obesidade: \_\_\_\_\_

#### PRESENÇA 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 : \_\_\_\_\_

#### PRESENÇA 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 APAS Auditoria e Regulação Médica juntamente com os relatórios dos especialistas e cópia dos resultados dos exames no endereço abaixo**

Av. Libero de Almeida Silves, 3014 – Coester - Fernandópolis- SP- CEP 15.600-000.

**PROTOCOLO 02**

**SOLICITAÇÃO DE TRATAMENTO CIRÚRGICO PARA OBESIDADE MÓRBIDA**

**Avaliação Cardiológica**

**Nome:** \_\_\_\_\_ **Código APAS** \_\_\_\_\_

• 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 APAS** \_\_\_\_\_

• 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 APAS \_\_\_\_\_

• 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 \_\_\_\_\_

<b>RELATO DE SINTOMATOLOGIA</b>	<b>ATUAL ( Assinale c/ x )</b>	<b>PASSADO (Assinale c/ x) Se diagnosticada, citar modalidade de tratamento, ano de início e duração do mesmo.</b>
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:** \_\_\_\_\_

**PROTOCOLO 05**

**SOLICITAÇÃO DE TRATAMENTO CIRÚRGICO PARA OBESIDADE MÓRBIDA  
PREENCHIDO PELO PRÓPRIO PACIENTE**

Nome: \_\_\_\_\_ Código APAS: \_\_\_\_\_

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

- Especialidade: Psicologia / Psiquiatria

Nome e citar Psic. p/ psicólogo e Psic. p/ psiquiatra	Cidade	Tipos de tratamento: Medicamentos, psico- terapia 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 ( )

---

Assinatura

Tel p/ contato: ( ) \_\_\_\_\_

Local e Data \_\_\_\_\_