

**SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO ESTADO DE SÃO PAULO**

Coordenadoria de Regiões de Saúde

Departamento Regional da Saúde _____ - DRS _____

FICHA DE SOLICITAÇÃO PARA AVALIAÇÃO DE CIRURGIA BARIÁTRICA

TODA DOCUMENTAÇÃO CITADA DEVERÁ SER ASSINADA E CARIMBADA PELO PROFISSIONAL RESPONSÁVEL E ANEXADA NO SISTEMA CROSS PARA A REGULAÇÃO MÉDICA, BASEADA NAS DIRETRIZES CLÍNICAS DO MINISTÉRIO DA SAÚDE DA LINHA DE CUIDADOS DE PACIENTES COM SOBREPESO E OBESIDADE

DATA DA SOLICITAÇÃO: ___/___/___ DATA DA INSERÇÃO NO CDR DA CROSS: ___/___/___

IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE SOLICITANTE

SMS Solicitante:

UNIDADE DA ATENÇÃO BÁSICA SOLICITANTE:

CNES:

TEMPO DE SEGMENTO:

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE:

Nome do (a) Paciente:

Data de Nasc.:

CÓDIGO CROSS:

CNS:

Endereço:

Bairro:

Cidade:

UF:

Nome da Mãe:

Data da Primeira Avaliação:

Peso: Kg

Est: cm

IMC:

Kg/m²

Data da Última Avaliação:

Peso: Kg

IMC:

Kg/m²**PACIENTE APRESENTA COMORBIDADES? SIM () NÃO ()**

PATOLOGIA: _____ CID: _____

MEDICAMENTOS UTILIZADOS: _____

NOME DA UNIDADE ESPECIALIZADA QUE FAZ TRATAMENTO: _____

TEMPO DE SEGMENTO: _____

RELATÓRIO COM CONCLUSÃO DO ESPECIALISTA DATADA E ASSINADA DEVERÁ SER ANEXADA:

PATOLOGIA: _____ CID: _____

MEDICAMENTOS UTILIZADOS: _____

NOME DA UNIDADE ESPECIALIZADA QUE FAZ TRATAMENTO: _____

TEMPO DE SEGMENTO: _____

ANEXAR RELATÓRIO COM CONCLUSÃO DO ESPECIALISTA DATADO E ASSINADO, COM CONCLUSÃO DOS EXAMES RELEVANTES.

AVALIAÇÃO - PACIENTE SEM COMORBIDADE:

RELATÓRIO COM CONCLUSÃO DO CLÍNICO DATADO E ASSINADO DEVERÁ SER ANEXADO, COM CONCLUSÃO DOS EXAMES RELEVANTES.

Paciente participou de reuniões com Equipe Multiprofissional? SIM () NÃO ()

Quantas?

ANEXAR RELATÓRIO COM CONCLUSÃO DA NUTRIÇÃO DATADO E ASSINADO

ANEXAR RELATÓRIO COM CONCLUSÃO DA PSICOLOGIA/PSIQUIATRIA DATADO E ASSINADO

CRM: _____

CNES: _____

Assinatura do médico solicitante

CARIMBO:

Compromisso consciente do paciente em participar de todas as etapas de programação pré-operatória: Aceito e concordo: SIM () NÃO ()

Assinatura do paciente: