

**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/m<sup>2</sup>

Data da Última Avaliação:

Peso: Kg

IMC:

Kg/m<sup>2</sup>**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: