
 SECRETARIA DA SAÚDE BAHIA GOVERNO DO ESTADO	SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO DA BAHIA LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE PROCEDIMENTOS AMBULATORIAIS - DADOS COMPLEMENTARES 1 - ACOMPANHAMENTO DE PACIENTE PRÉ CIRURGIA BARIÁTRICA	 SUS Sistema Único de Saúde	FOLHA 3/5
--	---	---	----------------------------

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

Nome do Estabelecimento de Saúde Executante	CNES
---	------

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome do Paciente		Nº Prontuário
Cartão Nacional de Saúde (CNS)	Data de Nascimento	Sexo M <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Nome da Mãe	DDD	Telefone de Contato
Nome do Responsável	DDD	Telefone de Contato

DADOS DO PACIENTE

Data 1ª Avaliação	IMC 1ª Avaliação	Kg/m2	Peso	Kg	Data Avaliação Atual	IMC Atual	Kg/m2
-------------------	------------------	-------	------	----	----------------------	-----------	-------

COMORBIDADES

<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> I10 - Hipertensão Arterial sistêmica <input type="checkbox"/> O24.3- Diabetes Mellitus <input type="checkbox"/> E78.0 - Dislipidemia <input type="checkbox"/> M19.9 - Artrose <input type="checkbox"/> G47.3 - Apnéia <input type="checkbox"/> Outro <input type="text"/> CID-10	Uso de Medicamentos <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Prática de atividade física <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Indivíduo com IMC > 50 Kg/m2, perda ponderal de 10 a 20% do sobrepeso no pré-operatório <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
---	---	--

FASE INICIAL - Essa avaliação foi feita por:

<input type="checkbox"/> 2237-10 - Nutricionista <input type="checkbox"/> 2515-10 - Psicólogo <input type="checkbox"/> 2251-25 - Médico Clínico	<input type="checkbox"/> 2251-33 - Médico Psiquiatra <input type="checkbox"/> 2551-55 - Médico Endocrinologista <input type="checkbox"/> 2252-20 - Médico Cirurgião do Aparelho Digestivo	<input type="checkbox"/> 2252-25 - Médico Cirurgião Geral Participa de reuniões em grupo com equipe multiprofissional ? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
---	---	---

FASE SECUNDÁRIA

Avaliação do risco cirúrgico: <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	Realizado exames laboratoriais: <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
--	--

EXAMES COMPLEMENTARES

☐ 02.09.01.003-7 - Esofagogastroduodenoscopia
☐ 02.05.02.004-6 - Ultrassonografia de abdômen total
☐ 02.05.01.003-2 - Ecocardiografia transtorácica
☐ 02.05.01.004-0 - Ultrassonografia doppler colorido (até 3 vasos)
☐ 02.11.08.005-5 - Prova de função pulmonar completa com broncodilatador (espirometria)

APTO PARA PROCEDIMENTO CIRÚRGICO ?

☐ SIM ☐ EM PREPARO ☐ NÃO

SOLICITAÇÃO

Data da Solicitação	Assinatura e Carimbo do Profissional Solicitante/Nº Registro do Conselho de Classe
---------------------	--

AUTORIZAÇÃO

Data da Autorização	Assinatura e Carimbo do Profissional Autorizador/Nº Registro do Conselho de Classe
---------------------	--