
 SECRETARIA DA SAÚDE BAHIA GOVERNO DO ESTADO	SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO DA BAHIA LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE PROCEDIMENTOS AMBULATORIAIS - DADOS COMPLEMENTARES	 SUS Sistema Único de Saúde	FOLHA 4/5
2- ACOMPANHAMENTO DE PACIENTE PÓS CIRURGIA BARIÁTRICA			
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"/> 1 F <input type="checkbox"/> 3	
Nome da Mãe	DDD	Telefone de Contato	
Nome do Responsável	DDD	Telefone de Contato	
DADOS DO PACIENTE			
IMC Atual <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 30px; margin-top: 5px;"></div> Kg/m2	Percentual de Excesso de Peso Perdido <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 30px; margin-top: 5px;"></div> %	Quilogramas Perdidos <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 30px; margin-top: 5px;"></div> Kg	
PROCEDIMENTO CIRÚRGICO BARIÁTRICO			
<input type="checkbox"/> 04.07.01.012-2 - Gastrectomia com ou sem desvio duodenal <input type="checkbox"/> 04.07.01.036-0 - Gastrectomia Vertical em Manga (Sleeve) <input type="checkbox"/> 04.07.01.017-3 - Gastroplastia com derivação intestinal <input type="checkbox"/> 04.07.01.018-1 - Gastroplastia vertical com banda		Data da Cirurgia <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 30px; margin-top: 5px;"></div> Nº da Autorização de Internação Hospitalar (AIH) <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 30px; margin-top: 5px;"></div>	
CIRURGIA(S) PLÁSTICA(S) REPARADORA(S) PÓS CIRURGIA BARIÁTRICA			
<input type="checkbox"/> 04.13.04.005-4 - Dermolipectomia Abdominal pós -bariátrica <input type="checkbox"/> 04.13.04.008-9 - Mamoplastia pós-bariátrica <input type="checkbox"/> 04.13.04.006-2 - Dermolipectomia Braquial pós-bariátrica <input type="checkbox"/> 04.13.04.007-0 - Dermolipectomia Crural pós-bariátrica <input type="checkbox"/> 04.13.04.026-7 - Dermolipectomia abdominal circunferencial pós-bariátrica		Tempo pós cirurgia bariátrica <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px; margin-top: 5px;"></div> Meses Tempo pós cirurgia bariátrica <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px; margin-top: 5px;"></div> Meses Tempo pós cirurgia bariátrica <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px; margin-top: 5px;"></div> Meses Tempo pós cirurgia bariátrica <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px; margin-top: 5px;"></div> Meses Tempo pós cirurgia bariátrica <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px; margin-top: 5px;"></div> Meses	
PERIODICIDADE DO ACOMPANHAMENTO			
Mês de Acompanhamento (Até 18º mês) <div style="border: 1px solid black; width: 80px; height: 20px; margin-top: 5px;"></div>		Ano de Acompanhamento (A partir do 2º ano) <div style="border: 1px solid black; width: 80px; height: 20px; margin-top: 5px;"></div>	
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 <div style="border: 1px solid black; width: 50px; height: 15px; margin-top: 2px;"></div> CID-10	
		Uso de Medicamentos <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Uso de polivitamínico <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Prática de atividade física <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Houve reganho de peso <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Houve adesão a uma alimentação saudável e balanceada <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> 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		