



## **Obesidade Mórbida – Protocolos**

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

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 CABESP**

**- Auditoria e Regulação Médica**

**Avenida Liberdade, 823, 11º andar - Liberdade São Paulo- SP - CEP 01503-001.**

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

**PROCOLO 01**  
**SOLICITAÇÃO DE TRATAMENTO CIRÚRGICO PARA OBESIDADE MÓRBIDA**

Nome: \_\_\_\_\_ Código Cabesp: \_\_\_\_\_

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

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

**PRESEÇA 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 : \_\_\_\_\_

**PRESEÇA 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 Cabesp Auditoria e Regulação Médica juntamente com os relatórios dos especialistas

e cópia dos resultados dos exames no endereço abaixo

Avenida Liberdade 823 – 11º andar Liberdade São Paulo- SP Cep 01503-001.



**PROTOCOLO 02**  
**SOLICITAÇÃO DE TRATAMENTO CIRÚRGICO PARA OBESIDADE MÓRBIDA**  
**Avaliação Cardiológica**

**Nome:** \_\_\_\_\_ **Código Cabesp** \_\_\_\_\_

• 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 Cabesp** \_\_\_\_\_

• 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 Cabesp \_\_\_\_\_

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

**PROCOLO 05**  
**SOLICITAÇÃO DE TRATAMENTO CIRÚRGICO PARA OBESIDADE MÓRBIDA**  
**PREENCHIDO PELO PRÓPRIO PACIENTE**

Nome: \_\_\_\_\_ Código Cabesp: \_\_\_\_\_  
 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 de Início e fim

• Especialidade: Psicologia / Psiquiatria

Nome e citar Psic. p/ psicólogo e Psiq. p/ psiquiatra	Cidade	Tipos de tratamento: Medicamentos, psicoterapia 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 ( )

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

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