

201800022044318

~~Institui critérios para os procedimentos de indicação, perícia, realização, acompanhamento, remuneração da cirurgia bariátrica e revoga ato normativo que especifica.~~

-

~~O Presidente do Instituto de Assistência dos Servidores Públicos do Estado de Goiás, no uso de suas atribuições legais notadamente, em especial a autorização do art. 5º da Lei nº 17.477, de 25 de novembro de 2011, e do art. 50 do Decreto nº 7.595 de 09 de abril de 2012, no que pertine à competência para expedição dos atos normativos que disciplinam o funcionamento do sistema assistencial sob responsabilidade do IPASGO;~~

-

~~Considerando, ainda, a necessidade de cumprimento da norma NBR ISO 9001:2015 e do Sistema de Gestão da Qualidade – SGQ;~~

-

~~Art. 1º O procedimento para tratamento cirúrgico da obesidade mórbida, denominado cirurgia bariátrica, para os usuários do Sistema IPASGO Saúde, somente poderá ser autorizado e realizado segundo as determinações contidas nesta Instrução Normativa.~~

~~§ 1º A cirurgia bariátrica constitui procedimento eletivo e somente poderá ser realizado por usuários fora dos períodos de carência previstos na Legislação que regulamenta o Sistema IPASGO Saúde.~~

~~§ 2º A cirurgia bariátrica constitui procedimento eletivo e somente pode ser realizado em hospital credenciado junto ao IPASGO, limitado ao rol de cobertura previsto nas Tabelas próprias do Instituto, quando o estabelecimento prestador possuir:~~

~~I – equipe Multiprofissional, composta por profissionais portadores de certificado de habilitação emitido pela Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e pela COESAS (Comissões de Especialidades Associadas), nas seguintes áreas e ou especialidades:~~

~~a) coordenador Médico Cirurgião do Aparelho Digestivo, credenciado junto ao IPASGO, com proficiência para a realização da Cirurgia Bariátrica;~~

~~b) psicólogo;~~

~~e) fisioterapeuta;~~

~~d) nutricionista;~~

~~e) enfermeiro.~~

~~II – unidade de Terapia Intensiva;~~

~~III – ambulatório específico de avaliação pré-operatória e acompanhamento pós-operatório;~~

~~IV – rotinas escritas de funcionamento que contemplem os seguintes procedimentos:~~

~~a) médicos cirúrgicos;~~

~~b) enfermagem;~~

~~e) suporte nutricional;~~

~~d) suporte psicológico;~~

~~e) controle de infecção;~~

~~f) acompanhamento ambulatorial pós-operatório.~~

~~-~~

~~Art. 2º A cirurgia bariátrica será autorizada por via laparotômica ou por via laparoscópica, mediante solicitação específica do médico assistente, em pacientes com as seguintes características:~~

~~I—idade entre 16 (dezesseis) e 70 (setenta) anos completos, observados os seguintes requisitos:~~

~~a) adolescentes com 16 anos completos e menores de 18 anos poderão ser operados, respeitadas as condições estabelecidas neste artigo, bem como do cumprimento às exigências legais, observado, ainda, o atendimento às seguintes condições:~~

~~1. concordância e termo de ciência, por escrito, dos pais ou responsáveis legais;~~

~~2. presença de pediatra na equipe multiprofissional;~~

~~3. consolidação das cartilagens das epífises de crescimento dos punhos e outras precauções especiais, e após a correta avaliação e análise do risco-benefício.~~

~~b) os pacientes acima de 65 anos poderão realizar a cirurgia bariátrica desde que respeitadas todas as condições estabelecidas nesta normativa, além de avaliação individual por equipe multiprofissional, avaliação criteriosa do risco-benefício, risco cirúrgico, presença de comorbidades, expectativa de vida e benefícios do emagrecimento;~~

~~II—pacientes diagnosticados portadores de obesidade de grandes proporções há pelo menos 2 (dois) anos e que tenham sido submetidos a tratamentos clínicos de obesidade com médico, nutricionista ou outro profissional de saúde, e que não tenham obtido resultado na adequação do peso, o que deverá ser comprovado por meio de relatório do profissional assistente;~~

~~III—portadores de índice de massa corporal superior a 40 kg/m², comprovadamente resistentes a outros tratamentos conservadores;~~

~~IV—portadores de obesidade com índice de massa corporal superior a 35 kg/m² que apresentem pelo menos uma das seguintes comorbidades:~~

~~a) diabetes Mellitus;~~

~~b) hipertensão Arterial Sistêmica;~~

~~c) artropatias degenerativas comprovadamente causadas pela Obesidade;~~

~~d) hérnia discal;~~

~~e) apneia do sono~~

~~-~~

~~Art. 3º É vedada a cobertura pelo Sistema IPASGO Saúde em todos os casos em que a cirurgia bariátrica é contraindicada pela Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica, pelo Ministério da Saúde, Agência Nacional de Saúde Suplementar-ANS, e demais Instituições reconhecidas para atenção à saúde no Brasil, a saber, pacientes portadores de:~~

~~I—patologias endócrinas causadoras de obesidade;~~

~~II—cirrose hepática;~~

~~III—cardiopatias graves;~~

~~IV—pneumonias crônicas;~~

~~V—insuficiência renal crônica;~~

~~VI—limitação intelectual significativa ou comprometimento da capacidade de compreender todos os aspectos do tratamento;~~

~~VII—pacientes sem suporte familiar adequado;~~

~~VIII—quadro de transtorno psiquiátrico não controlado, incluindo uso de álcool e/ou drogas ilícitas;~~

~~IX—transtornos mentais não seguramente controlados, transtorno alimentar, depressão com tentativa de suicídio recente, psicoses, esquizofrenia.~~

~~-~~

~~Art. 4º Serão autorizados, além dos materiais e medicamentos habituais a cirurgias de porte similar, somente os materiais especiais indicados nos códigos e nas quantidades discriminadas nos dispositivos deste artigo.~~

~~§ 1º Nos casos de cirurgia por via laparotômica:~~

~~I—código 3702-8—01 (um) Kit Grampeador Linear mais três cargas;~~

~~II—código 5445-3—01 (um) anel de contenção;~~

~~III—código 5446-1—01 (uma) Sonda de Fouchet.~~

~~§ 2º Nos casos de cirurgia por via laparoscópica fica estabelecido o código 64173 para 01 (um) Kit Obesidade Mórbida por Vídeo.~~

~~-~~

~~Art. 5º A autorização de todos os procedimentos necessários à realização da cirurgia bariátrica deve ser feita mediante a utilização de Código Único, com valores conforme a Tabela IPASGO vigente, conforme a seguinte identificação:~~

~~I—43.02.100-0—Cirurgia da Obesidade Mórbida Qualquer Técnica sem Vídeo, ou;~~

~~II—43.02.101-8—Cirurgia da Obesidade Mórbida por Videolaparoscopia.~~

~~-~~

~~Art. 6º Em conformidade às Normas e orientações definidas pela Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica, a realização da avaliação pela Auditoria em Serviços de Saúde do IPASGO para cobertura da cirurgia bariátrica requer o cumprimento das etapas de:~~

~~I—cadastro no sistema IPASGO para a perícia e avaliação inicial, com a entrega de documentação e relatórios específicos;~~

~~II—autuação do requerimento junto ao Multiatendimento para realização da Perícia e Avaliação Final, após o prazo mínimo de 6 (seis) meses e máximo de 12 (doze) meses da data da perícia inicial, observados os prazos de validade dos documentos apresentados;~~

~~III—Perícia e Avaliação Final pré-operatória, após o prazo mínimo de 6 (seis) meses e máximo de 12 (doze) meses da data da perícia inicial e respeitada a validade dos documentos apresentados.~~

~~§ 1º O usuário deverá comparecer para perícia inicial, pré-agendada via telefone, e cadastrada solicitação em sistema (SAAT, e apresentar o Termo de Ciência de Perícia do ANEXO I assinado, além dos laudos dos profissionais assistentes que relatem de forma detalhada quanto ao seu atual estado de saúde, da necessidade e da indicação de realização de cirurgia bariátrica de acordo com o que seja pertinente ao:~~

~~I—laudo do Cirurgião;~~

~~II—laudo do Nutricionista;~~

~~III—relatório Psicológico, com o respectivo Plano Terapêutico proposto; e,~~

~~IV—exames que comprovem comorbidades, quando necessário.~~

~~§ 2º Realizado o processo de perícia inicial pela Equipe de Auditoria em Serviços de Saúde do IPASGO, o paciente receberá a autorização prévia para prosseguir no processo de pré-operatório, devendo autuar a solicitação no Multiatendimento para o retorno após 6 (seis) a 12 (doze) meses para a perícia final. Esta perícia deverá ser pré-agendada via telefone e cadastrada a solicitação em sistema (SAAT), ocasião em que o paciente deverá apresentar novos laudos atestando seu estado de saúde e relatando o acompanhamento em pré-operatório, expedidos pelos seguintes profissionais:~~

~~I—cirurgião;~~

~~II—médico endocrinologista;~~

~~III—médico cardiologista;~~

~~IV—médico pneumologista;~~

~~V—fisioterapeuta;~~

~~VI—nutricionista, com avaliações periódicas a cada 06 (seis) meses;~~

~~VII—psicólogo, com os formulários requeridos pela Auditoria de Psicologia nos termos do ANEXO II;~~

~~VIII—médico psiquiatra, se necessário.~~

~~§3º O paciente apresentará os exames que comprovem comorbidades, quando necessário e caso não tenham sido apresentados na perícia inicial.~~

~~§ 4º Todos os laudos e exames são válidos por até 90 (noventa) dias e deverão ser apresentados em papel timbrado ou que contenham endereço, telefone e número do conselho profissional, devendo constar a assinatura do responsável e a data da emissão.~~

~~§ 5º Os laudos médicos deverão conter o número de RQE (Registro de Qualificação de Especialista) exigido pelo Conselho Federal de Medicina, o qual será conferido no ato da entrega nas perícias inicial e final.~~

~~§ 6º Os casos considerados excepcionais e graves de Obesidade e comorbidades associadas poderão ser avaliados de forma individual e absolutamente técnica, para autorização de cirurgia na perícia inicial, a critério da Equipe de Auditoria em Serviços de Saúde do IPASGO.~~

~~-~~

~~Art. 7º Quando da realização da perícia de Nutrição o usuário deverá comparecer com vestimentas leves, sem adornos e com calçados de fácil retirada.~~

~~Parágrafo único. O laudo de nutrição apresentado tanto em perícia inicial como em perícia final será expedido pelo Nutricionista assistente (atual) e contemplar, abranger, os seguintes dados:~~

~~I—histórico de tratamentos prévios (em casos nos quais não foi possível a emissão do relatório pelo próprio profissional que acompanhou o paciente);~~

~~II—tempo de acompanhamento/número de consultas nutricionais no pré-cirúrgico, com a evolução do peso do paciente aferido durante as consultas;~~

~~III—tratamento nutricional ao qual o paciente tem se submetido e sua evolução, como por exemplo: a reeducação alimentar e/ou dieta hipocalórica com meta de redução de peso e/ou orientações nutricionais, dentre outros;~~

~~IV—avaliação antropométrica constando no mínimo o peso, estatura, IMC e o diagnóstico nutricional;~~

~~V—condição alimentar e nutricional do paciente para o processo cirúrgico;~~

~~VI—ciência expressa do paciente sobre todas as condições nutricionais pré e pós cirúrgicas.~~

~~-~~

~~Art. 8º Para a perícia de psicologia o usuário deverá agendar a data e apresentar os documentos exigidos pela Auditoria de Psicologia, nos termos do ANEXO II – Formulários 1, 2 e 3, (disponíveis no sítio eletrônico do IPASGO), assinados e carimbados pelo profissional responsável, em papel timbrado, com o parecer favorável. Os relatórios fora dos padrões solicitados no ANEXO II não serão aceitos nas perícias.~~

~~§ 1º No procedimento de perícia inicial de psicologia o usuário deverá apresentar relatório psicológico contendo a avaliação inicial realizada pelo psicólogo assistente relatando seu atual estado de saúde mental e o plano terapêutico proposto pelo profissional, conforme modelo apresentado no ANEXO II – FORMULÁRIO 1, em papel timbrado, datado, carimbado e assinado.~~

~~§ 2º Nos casos de tratamentos psiquiátricos antecedentes ou possíveis sintomas detectados pelos profissionais assistentes será exigida a apresentação de laudo comprobatório de acompanhamento psiquiátrico e aptidão para o procedimento cirúrgico na perícia final de psicologia.~~

~~§ 3º Concluídas as sessões de psicoterapia, pelo período mínimo de seis (6) meses, o usuário deverá agendar perícia final e apresentar relatórios do ANEXO II – Formulários 2 e 3, com o relato das datas dos atendimentos. Nessa etapa do procedimento pré-operatório, a Auditoria de Psicologia realizará a perícia e o preenchimento do Formulário de Autorização para Cirurgia de Obesidade Mórbida.~~

~~-~~

~~Art. 9º A perícia médica consiste tanto em etapa final do processo de pré-autorização, como da autorização final do procedimento de cirurgia bariátrica. Após a finalização das perícias de Nutrição e Psicologia, e exarados os pertinentes pareceres favoráveis, e de posse de todos os exames complementares e demais laudos, o auditor Médico avaliará se o usuário preenche todos os critérios estabelecidos, devendo registrar a autorização ou negativa do procedimento, em sistema específico do Instituto (SAAT).~~

~~Parágrafo Único. Caso o procedimento cirúrgico seja negado por falta de documentos comprobatórios e/ou inconsistentes, o usuário poderá reapresentar o documento na próxima data de perícia.~~

~~-~~

~~Art. 10 Em casos de solicitações negadas por IMC menor que 35kg/m², ou IMC entre 35 e 40kg/m², verificado durante a perícia, sem comorbidades associadas relatadas em laudos e comprovadas com documentação exigida pela Auditoria, o usuário terá o prazo de 3 (três) meses para dar continuidade aos tratamentos convencionais. Durante esse período, não haverá reavaliação da solicitação pela Auditoria do IPASGO. Após vencido o prazo, o usuário poderá apresentar-se à Auditoria para nova solicitação de avaliação, portando toda a documentação exigida, bem como a comprovação de falha em tratamentos convencionais.~~

~~-~~

~~Art. 11 Em caso de tentativas de fraude ao processo de avaliação e autorização da cirurgia bariátrica porventura detectadas pela Equipe de Auditoria durante o procedimento de perícia do usuário, poderão ser aplicadas penalidades de acordo com o artigo 58, da Lei nº17.477/2011, devendo o usuário ser informado mediante assinatura do Termo de Ciência entregue em perícia inicial, em formulário com o teor do ANEXO I.~~

~~-~~

~~Art. 12 Fica determinado que somente após a autorização final do procedimento de Cirurgia Bariátrica, pelo IPASGO, o ato cirúrgico será agendado pelo profissional credenciado que o executará.~~

~~Parágrafo único. Após autorização no sistema SAAT/IPASGO, a Guia de Cirurgia de Obesidade Mórbida terá validade por 30 (trinta) dias, e que após sua emissão a validade será de 15 (quinze) dias.~~

-

~~Art. 13 Não será permitido ao credenciado a cobrança de valores a qualquer título, do usuário do IPASGO Saúde, durante o período de internação, seja de honorários médicos, diárias, taxas, exames complementares, materiais ou medicamentos.~~

~~Parágrafo único. O IPASGO não se responsabilizará por nenhuma espécie de acordo realizado entre médico e paciente para procedimentos, acomodações ou materiais que não estejam previstos nos serviços credenciados ou na cobertura da modalidade autorizada pelo Instituto, porventura negociada e ou paga pelo usuário ou por seu representante.~~

-

~~Art. 14 Fica revogada a Instrução Normativa nº 32/2004.~~

-

~~Art. 15 Esta Instrução entra em vigor na data de sua publicação.~~

-

-

-

ANEXO I

TERMO DE CIÊNCIA DE PERÍCIA

-

O usuário está ciente de que será submetido às perícias médica, de nutrição e de psicologia para avaliação da solicitação de Cirurgia de Obesidade Mórbida.

As perícias poderão ser filmadas e fotografadas. O auditor também poderá, a qualquer momento, solicitar que o usuário comprove que esteja vestindo apenas roupas leves. Esses protocolos não induzem a violação de privacidade e honra do usuário.

Todas as informações relatadas e apresentadas no momento da perícia deverão ser verdadeiras. Caso seja verificada qualquer informação que configure má-fé e/ou utilização indevida dos serviços do IPASGO Saúde, o usuário estará sujeito às seguintes penalidades, de acordo com o artigo 58, da Lei nº 17.477/2011:

-

I—advertência escrita expedida pelo Presidente do IPASGO, no caso de falta leve;

II—suspensão do IPASGO Saúde, mediante comunicação formal ao órgão de origem do segurado titular, por um período de 90 (noventa) a 360 (trezentos e sessenta) dias, sem prejuízo do ressarcimento integral das despesas decorrentes do uso indevido do Plano, no caso de falta grave;

III—exclusão do IPASGO Saúde, sem prejuízo do ressarcimento integral das despesas decorrentes do uso indevido, no caso de falta gravíssima.

-

Data: ____/____/____.

-

Nome por extenso: _____

-

Assinatura: _____

-

ANEXO H
FORMULÁRIO 1

Relatório Psicológico e/ou do Psicodiagnóstico para candidatos à Cirurgia Bariátrica

1. Identificação

-

Nome do usuário:

Data de nascimento:

Estado civil:

Psicólogo Responsável/ CRP:

-

Assunto: Resultado de Avaliação Psicológica para Candidato à Cirurgia Bariátrica

-

2. Descrição detalhada da demanda

-

~~— Narração das informações referentes à problemática apresentada e dos motivos, razões e expectativas que produziram o pedido do documento. Apresentar a análise que se faz da demanda de forma a justificar o procedimento adotado.~~

-

3. Procedimentos

-

~~— Nomeação e descrição detalhada dos instrumentos técnicos utilizados para coletar as informações.~~

~~Para este procedimento devem ser avaliadas as habilidades através de cada um dos seguintes tipos de testes:~~

~~— Inventários de sintomas depressivos;~~

~~— Inventários de sintomas de ansiedade;~~

~~— Escalas de avaliação da imagem corporal;~~

~~— Testes de personalidade;~~

~~— Testes de raciocínio.~~

~~O psicólogo assistente tem a prerrogativa de decidir quais são os testes psicológicos a serem empregados nesta avaliação, desde que com parecer favorável pelo Sistema de Avaliação de Testes Psicológicos (SATPSI) do Conselho Federal de Psicologia (CFP) e em consonância com as orientações do presente formulários.~~

-

~~— Necessário informar número de encontros com respectivas datas e se houve ou não encontros em grupo ou com familiares (e sua quantidade).~~

-

4. Análise

~~—É a parte do documento na qual deve-se fazer uma exposição descritiva de forma metódica, objetiva e fiel dos dados colhidos e das situações vividas relacionados à demanda em sua complexidade.~~

~~—Deve conter obrigatoriamente informações sobre os seguintes tópicos:~~

~~-~~

~~1. Estrutura da personalidade;~~

~~2. Início e maneiras de lidar com a obesidade;~~

~~3. Quantas e quais tentativas o usuário buscou para tentar emagrecer;~~

~~4. Prejuízos causados pela obesidade em sua vida pessoal, social e profissional;~~

~~5. Autoestima e imagem corporal;~~

~~6. Estado de humor;~~

~~7. Expectativas quanto ao procedimento cirúrgico;~~

~~8. Presença de compulsões, crises de ansiedade e fantasias a cerca do emagrecimento;~~

~~9. Presença de algum transtorno alimentar; de transtornos psicológicos mais graves (Transtorno Bipolar, Esquizofrenia, Depressão sem tratamento; outros transtornos mentais e dependência química);~~

~~10. Capacidade de manutenção do controle frente a situações de stress/tensão e de aspectos psicossociais que possam comprometer os resultados.~~

~~-~~

5. Conclusão

~~-~~

~~—Exposição das considerações a respeito da investigação a partir das referências que subsidiaram o trabalho. As considerações geradas pelo processo de avaliação psicológica devem transmitir ao solicitante a análise da demanda em sua complexidade e do processo de avaliação psicológica como um todo.~~

~~—Indicar se o usuário encontra-se, do ponto de vista psíquico e emocional, apto a realizar a cirurgia.~~

~~—Indicar se houve ou não encaminhamento do usuário para psicoterapia pré e/ou pós-operatório.~~

~~-~~

~~—Local e data.~~

~~-~~

~~—Assinatura e carimbo do profissional responsável, em papel timbrado.~~

~~-~~

FORMULÁRIO 2

TRATAMENTO CIRÚRGICO PARA CIRURGIA BARIÁTRICA AVALIAÇÃO PSICOLÓGICA

~~-~~

Nome:

Apresentação pessoal (andar, vestuário, sudorese, etc):-

Faz Psicoterapia atualmente: Sim () Não ().

Desde _____/_____/_____, com

() Psicólogo/CRP _____ () Psiquiatra/CRM _____

Faz uso de medicação Psiquiátrica atualmente. Sim () Não () Desde ____/____/____.

Medicamentos

Psiquiátricos: _____

Eventos/ Antecedentes Psiquiátricos: Sim () Não ()

(_____) Internação Psiquiátrica. Período de internação:

Atendimento de urgência. Sim () Não (). Em ____/____/____, citar a ocorrência

Relato de agravos / sintomas:

-

Sintomas/Agravos à saúde mental (assinale com x)	Atual	Passado	Se afirmativo, citar modalidade de tratamento, ano de início e duração do mesmo
--	-------	---------	--

Depressivos	-	-	-
Fóbica	-	-	-
Transtorno de Pânico	-	-	-
Anorexia/Bulimia	-	-	-
Compulsões Alimentares	-	-	-
Outras Compulsões (jogos, sexo, gastos, etc)	-	-	-
Uso/abuso de álcool e/ou outras drogas	-	-	-
Transtorno Obsessivo- Compulsivo	-	-	-
Impulsividade/ Comportamento de Risco	-	-	-
Transtorno de pensamento	-	-	-
Transtorno de humor	-	-	-

-

~~AS DATAS DA AVALIAÇÃO FORAM:~~ _____

[illegible]

1

~~FORMULÁRIO 3~~

1

**~~PROTOCOLO PARA AVALIAÇÃO DA SOLICITAÇÃO DE TRATAMENTO
CIRÚRGICO DA OBESIDADE SEVERA AVALIAÇÃO PSICOLÓGICA~~**

~~IDENTIFICAÇÃO~~

Nome: _____

Sexo: () Masculino () Feminino _____ Data de Nascimento: ____/____/____

~~HISTÓRIA CLÍNICA~~

~~Hipóteses Diagnósticas~~ — verificar a existência e a intensidade dos seguintes indicadores:

~~Psicose: () Sim () Não~~

~~Outra psicopatologia? () Sim () Não. Qual?~~

~~Transtornos Alimentares: () Sim () Não. Se sim qual(is)? () Bulimia () Transtorno de
Compulsão Alimentar Periódica () Outros~~

~~Histórico de tentativa de suicídio: () Sim () Não~~

~~Humor Deprimido: () Sim () Não () Leve () Moderado () Grave~~

~~Ansiedade: () Sim () Não () Leve () Moderada () Grave~~

~~Presença de sintomas essenciais (Tremores, palpitações, tonturas, etc.):~~

~~Consumo de álcool: () Sim () Não.~~

~~Tipo(s) de bebida usualmente consumida?~~

~~Frequência: () Uma vez por mês ou menos () 2 a 4 vezes por mês () 2 a 3 vezes por semana () 4
ou mais vezes por semana.~~

~~Quantidade () 1 a 2 doses () 3 a 5 doses () Mais de 5 doses~~

~~Uso de drogas psicoativas: () Não usuário (nunca utilizou) () Experimentador, não usuário ()
Usuário atualmente abstinente (tempo?) () Usuário leve () Usuário moderado () Uso de risco~~

~~Frequência: () Esporádico () Mensal () Semanal () Diário, ou quase diário~~

~~Tipo(s):~~

~~Outras compulsões () Sim () Não. Se sim qual(is)?~~

~~Possui capacidade intelectual para compreender todos os aspectos do tratamento bem como suas
condições pós-cirúrgicas e mudanças de estilo de vida necessárias?~~

~~() Sim () Não~~

~~— Possui habilidade de aderir às recomendações operatórias? () Sim () Não~~

~~— Possui suporte familiar para todas as etapas do tratamento? () Sim () Não () indeterminado~~

~~-~~

TRATAMENTOS REALIZADOS

(_____) Psiquiátrico _____ Período: _____

Uso _____ de _____ medicamentos _____ (_____) Sim _____ (_____) Não _____ Qual? _____

Dose: _____

(_____) Psicológico _____ Período: _____

~~— Instrumentos psicológicos utilizados para esta avaliação (Entrevistas, testes, questionários):~~

~~—~~

~~— Número de atendimento(s) realizado(s) (em grupo/ individual):~~

~~_____~~

~~_____ Considerações _____ finais:~~

~~_____~~

~~_____~~

~~—~~

~~_____ Conduta _____ Terapêutica _____ Justificada:~~

~~_____~~

~~() Cirurgia Bariátrica indicada no momento~~

~~() Cirurgia Bariátrica contraindicada no momento~~

~~— Paciente foi orientado quanto aos riscos inerentes à cirurgia de obesidade severa? () Sim () Não~~

~~— Paciente foi orientado sobre o acompanhamento multidisciplinar pós-cirúrgico por, no mínimo, 6 meses? () Sim () Não~~

~~-~~

Local e data: _____, _____/_____/_____.

~~-~~

Assinatura / carimbo do profissional

~~-~~

~~-~~

VINÍCIUS DE CECÍLIO LUZ

Presidente do Ipasgo