

Título: FORMULÁRIO DE NUTRIÇÃO-CIRURGIA BARIÁTRICA

Tipo de Anexo: Formulário

Número e Versão do Anexo: RQ-FOR-0639 - V.0

Fase: Vigente

FORMULÁRIO DE NUTRIÇÃO - CIRURGIA DE OBESIDADE MÓRBIDA
(preenchimento pelo nutricionista assistente)

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: _____ Sexo: () M () F
Data de Nascimento: _____ Idade: _____

IDENTIFICAÇÃO DO NUTRICIONISTA ASSISTENTE

Nome: _____ CRN: _____
Telefone para contato: () _____ E-mail: _____
Nome da Clínica ou endereço de atendimento: _____

HISTÓRICO DE TRATAMENTOS CONVENCIONAIS
(preencher caso paciente não tenha relatórios dos profissionais anteriores)

Paciente já se submeteu anteriormente a algum tratamento convencional? () Sim () Não

Especialidade do profissional: _____ Duração: _____

Descrição do tratamento/resultados: _____

Especialidade do profissional: _____ Duração: _____

Descrição do tratamento/resultados: _____

Especialidade do profissional: _____ Duração: _____

Descrição do tratamento/resultados: _____

OUTROS: _____

ACOMPANHAMENTO NUTRICIONAL ATUAL

Início do tratamento: _____ Número de consultas realizadas: _____

Dados da evolução do peso

Data: / /	Data: / /	Data: / /
Peso: Kg	Peso: Kg	Peso: Kg
Altura: m	Altura: m	Altura: m
IMC: Kg/m ²	IMC: Kg/m ²	IMC: Kg/m ²

Título: FORMULÁRIO DE NUTRIÇÃO-CIRURGIA BARIÁTRICA

Tipo de Anexo: Formulário

Número e Versão do Anexo: RQ-FOR-0639 - V.0

Fase: Vigente

Avaliação Antropométrica atual

Peso Atual: Kg

IMC: Kg/m²

Altura: m

Diagnóstico nutricional:

Tratamento nutricional instituído no pré operatório

O paciente realizou os tratamentos propostos?

() Sim () Não () Parcialmente

Justificativa/observações:

Programação de acompanhamento no pós operatório

CIÊNCIA DO PACIENTE QUANTO AS RECOMENDAÇÕES NUTRICIONAIS NO PRÉ E PÓS OPERATÓRIO

() SIM

() NÃO

() PARCIALMENTE

PACIENTE ESTÁ APTO DO PONTO DE VISTA NUTRICIONAL À REALIZAÇÃO DA CIRURGIA?

() SIM

() NÃO

() PARCIALMENTE

OBSERVAÇÕES

_____, ____/____/____
Local e data

Assinatura e Carimbo do Nutricionista assistente