

ANEXO I: AVALIAÇÃO DA EQUIPE CIRÚRGICA
ANEXO I-A: AVALIAÇÃO MÉDICA – CIRURGIÃO GERAL

PROTOCOLO PARA AVALIAÇÃO DA SOLICITAÇÃO DE
TRATAMENTO CIRÚRGICO DA OBESIDADE SEVERA

I-A – AVALIAÇÃO MÉDICA
(CIRURGIÃO GERAL)

IDENTIFICAÇÃO

| | | | |
|--|--|---------------------|--|
| Nome: | | Cadastro: | |
| Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino | | Data de Nascimento: | |
| Estado Civil: | | Profissão: | |

HÁBITOS DE VIDA

| | | | |
|---|--|---------------|----------------------|
| <input type="checkbox"/> Atividade Física Tipo: | | Frequência: | |
| <input type="checkbox"/> Bebidas Alcoólicas – Dose/dia: | | | |
| <input type="checkbox"/> Tabagismo – Cigarros/dia: | | Tempo (anos): | Ex-tabagista (anos): |

EXAME FÍSICO

| | | | |
|---------------------------|--|--|--|
| Peso (Kg): | | Altura (m): | |
| IMC (kg/m ²): | | Circunferência Abdominal (Cm): | |
| PA: | | Acantose Nigricans <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | |

HISTÓRIA CLÍNICA

| | | | |
|---|--|--|--|
| Idade início da obesidade: | | | |
| Tempo de acompanhamento do paciente: <input type="checkbox"/> < 1 ano <input type="checkbox"/> 2 anos <input type="checkbox"/> > 2 anos | | | |
| Frequência das consultas: | | | |
| Tentativas de tratamentos contra a obesidade (medicamentoso / dieta / alternativos / atividade física), especificando o acompanhamento ponderal nos últimos 2(dois) anos, informando as 4 medidas de IMC (com intervalo máximo de 6 meses): | | | |

| |
|-------------------------------|
| Exames Laboratoriais: |
| Exames Complementares: |

| |
|---|
| Co-morbidades: |
| <input type="checkbox"/> Diabetes Mellitus <input type="checkbox"/> Hipertensão Arterial <input type="checkbox"/> Dislipidemias |
| <input type="checkbox"/> Apnéia Obstrutiva do Sono <input type="checkbox"/> Doenças Osteoarticulares Degenerativas |
| <input type="checkbox"/> Síndrome Metabólica |
| <input type="checkbox"/> Outras: |

| |
|---|
| Complicações: |
| <input type="checkbox"/> Nefropatia <input type="checkbox"/> Retinopatia Diabética <input type="checkbox"/> Neuropatia Periférica |
| <input type="checkbox"/> Doenças Coronarianas <input type="checkbox"/> Doença Arterial Periférica |

| | |
|---------------------------------|-------|
| Medicamentos Utilizados: | Dose: |
|---------------------------------|-------|

| |
|------------------------------|
| Cirurgias Realizadas: |
|------------------------------|

| | | |
|---|---|---|
| ANTECEDENTES FAMILIARES | | |
| <input type="checkbox"/> Obesidade | <input type="checkbox"/> Diabetes Mellitus | <input type="checkbox"/> Doenças Psiquiátricas |
| <input type="checkbox"/> Hipertensão Arterial | <input type="checkbox"/> Infarto do Miocárdio | <input type="checkbox"/> Acidente Vascular Cerebral |

| |
|--|
| Classificação do Risco Cirúrgico: |
| Conduta Terapêutica Justificada: |

Técnica Proposta:

- Gastroplastia para Obesidade Mórbida - Técnica Aberta
- Gastroplastia para Obesidade Mórbida – Por Videolaparoscopia

Justificativa:

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

Data:

/ /

ANEXO I-B: PARÂMETROS PARA A AVALIAÇÃO DO RISCO CIRÚRGICO GERAL

PROTOCOLO PARA AVALIAÇÃO DA SOLICITAÇÃO DE TRATAMENTO CIRÚRGICO DA OBESIDADE SEVERA

I-B – AVALIAÇÃO DE RISCO CIRÚRGICO GERAL

(Portaria MS 492 de 31 de agosto de 2007)

CLASSIFICAÇÃO DO GRUPO DE RISCO:

O risco cirúrgico mínimo considerado é o moderado (ASA III – paciente com doença sistêmica grave).

A Classificação do Grupo de Risco Cirúrgico depende da **quantidade e do tipo** de co-morbidades presentes*:

| 1º GRUPO | 2º GRUPO | 3º GRUPO |
|---|--|---|
| Pacientes com uma ou duas co-morbidades menores. | Pacientes com três co-morbidades menores ou uma maior. No caso de ser a idade a categoria maior, com ou sem co-morbidades menores. | Pacientes com uma ou mais co-morbidades maiores (que não a idade). |
| EXAMES NECESSÁRIOS | | |
| 1- Radiografia Simples de Tórax | Acrescentar além daqueles necessários para Risco Classe I: 1- Ecocardiograma Bidimensional com fluxo a cores. | Acrescentar além daqueles necessários para Risco Classe I: 1- Ecocardiograma Bidimensional com fluxo a cores 2- Ecodoppler MMII 3- Broncoprovocação com metacolina 4- Cintilografia Miocárdica (quando indicado no lugar da ergometria) 5- Polissonografia (quando indicado) |
| 2- Eletrocardiograma | | |
| 3- Ergometria | | |
| 4- Ecografia Abdominal Total | | |
| 5- Endoscopia Digestiva Alta | | |
| 6- Exames Laboratoriais: (hemograma com plaquetas, TP, KTTTP, glicemia de jejum, colesterol total, HDL, triglicerídeos, creatinina, ácido úrico, sódio, potássio, TGO, TGP, GGT, T4, T4 livre, TSH) | | |

*As co-morbidades clínicas relacionadas ao aumento do risco cirúrgico são classificadas em dois grupos:

| MAIORES | MENORES |
|--------------------------------------|-----------------------------------|
| 1. Idade ≥ 50 anos | 1. Hipertensão Arterial Sistêmica |
| 2. Diabetes Mellitus | 2. Dislipidemia |
| 3. Apnéia do sono | 3. Doença ósteo-muscular |
| 4. Pneumopatia | 4. Hiperuricemia |
| 5. Cardiopatia | |
| 6. Doença do Sistema Venoso Profundo | |
| 7. Síndrome Metabólica | |

ANEXO I-C: AVALIAÇÃO NUTRICIONAL

PROTOCOLO PARA AVALIAÇÃO DA SOLICITAÇÃO DE TRATAMENTO CIRÚRGICO DA OBESIDADE SEVERA

I-C – AVALIAÇÃO NUTRICIONAL

| IDENTIFICAÇÃO | | | | | | | | | | |
|--|--------------------------|--|---------------------------------|-------------------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| Nome | | | | | | Cadastro | | | | |
| Sexo | <input type="checkbox"/> | Masculino | <input type="checkbox"/> | Feminino | Data de Nascimento | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| HÁBITOS DE VIDA | | | | | | | | | | |
| | Atividade Física Tipo | | <input type="text"/> | Frequência: | | | <input type="text"/> | | | |
| | Bebidas Alcoólicas | | – Dose/dia <input type="text"/> | | | | | | | |
| | Tabagismo – Cigarros/dia | | <input type="text"/> | Tempo (anos) | | <input type="text"/> | Ex-tabagista (anos) | | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| EXAME FÍSICO | | | | | | | | | | |
| Peso (Kg) | <input type="text"/> | | | Altura (m) | <input type="text"/> | | | | | |
| IMC (kg/m ²) | <input type="text"/> | | | Circunferência Abdominal (cm) | <input type="text"/> | | | | | |
| Bioimpedância | <input type="text"/> | | | | | | | | | |
| HISTÓRIA CLÍNICA | | | | | | | | | | |
| Co-morbidades | | | | | | | | | | |
| | Dislipidemias | HDL | <input type="text"/> | LDL | <input type="text"/> | CT | <input type="text"/> | Triglicerídeos | <input type="text"/> | |
| Diabetes Mellitus (Glicemia) | | | <input type="text"/> | | | | Hipertensão Arterial | | | |
| Outras | <input type="text"/> | | | | | | | | | |
| Apresenta alguma carência de micronutrientes? Quais? | | | | | | | | | | |
| <input type="text"/> | | | | | | | | | | |
| HÁBITOS ALIMENTARES | | | | | | | | | | |
| Fracionamento | | Alto (<input type="checkbox"/>) Baixo (<input type="checkbox"/>) Adequado (<input type="checkbox"/>) | | | | | | | | |
| Consumo de Carboidratos simples | | Alto (<input type="checkbox"/>) Baixo (<input type="checkbox"/>) Adequado (<input type="checkbox"/>) | | | | | | | | |
| Consumo de Gordura saturada | | Alto (<input type="checkbox"/>) Baixo (<input type="checkbox"/>) Adequado (<input type="checkbox"/>) | | | | | | | | |
| Consumo de Alimentos reguladores | | Alto (<input type="checkbox"/>) Baixo (<input type="checkbox"/>) Adequado (<input type="checkbox"/>) | | | | | | | | |
| Ingestão hídrica | | Alto (<input type="checkbox"/>) Baixo (<input type="checkbox"/>) Adequado (<input type="checkbox"/>) | | | | | | | | |
| Mastigação | | Rápida (<input type="checkbox"/>) Adequada (<input type="checkbox"/>) | | | | | | | | |
| <input type="text"/> | | | | | | | | | | |

DISTURBIOS ALIMENTARES

Compulsão Alimentar () Episódio de Binge ()

Outros:

HISTORIA DO PESO

Idade do início da obesidade?

Tentativas de emagrecimento (medicação, atividade física, etc)

Há quanto tempo em acompanhamento com nutricionista?

Paciente foi orientado quanto aos riscos inerentes à cirurgia de obesidade severa?

Paciente foi orientado sobre o acompanhamento multidisciplinar pós-cirúrgico por, no mínimo, 6 meses?

Conta Nutricional Justificada:

Data

Assinatura / Carimbo do Nutricionista Responsável

ANEXO ID: AVALIAÇÃO PSICOLÓGICA

PROTOCOLO PARA AVALIAÇÃO DA SOLICITAÇÃO DE TRATAMENTO CIRÚRGICO DA OBESIDADE SEVERA

I-D – AVALIAÇÃO PSICOLÓGICA

IDENTIFICAÇÃO

Nome:

Cadastro:

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? _____

Freqüência: 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

Freqüência: 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? 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 contra-indicada 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

Data:

ANEXO II: AVALIAÇÃO DA PERÍCIA MÉDICA - PLANSERV**PROTOCOLO PARA AVALIAÇÃO DA SOLICITAÇÃO DE
TRATAMENTO CIRÚRGICO DA OBESIDADE SEVERA****II-A – AVALIAÇÃO PERICIAL CLÍNICA****IDENTIFICAÇÃO**

| | | |
|--|---------------------|-----------|
| Nome: | | Cadastro: |
| Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino | Data de Nascimento: | |
| Estado Civil: | Profissão: | |

HÁBITOS DE VIDA

| | | |
|---|--|----------------------|
| <input type="checkbox"/> Atividade Física | Tipo: | Freqüência: |
| <input type="checkbox"/> Bebidas Alcoólicas – Dose/dia: | | |
| <input type="checkbox"/> Tabagismo – Cigarros/dia: | Tempo (anos): | Ex-tabagista (anos): |
| <input type="checkbox"/> Depressão | <input type="checkbox"/> Atitudes compulsivas – citar: | |
| <input type="checkbox"/> Drogas – citar: | | |

HÁBITOS ALIMENTARES

| | | | |
|--|--|--|------------------|
| <input type="checkbox"/> Compulsão Alimentar | <input type="checkbox"/> Episódio de Binge | <input type="checkbox"/> Comedor noturno | |
| Periodicidade semanal: | | | |
| Doces: | Massas: | Alimentos gordurosos: | Bebidas gasosas: |

EXAME FÍSICO

| | |
|---------------------------|--|
| Peso (Kg): | Altura (m): |
| IMC (kg/m ²): | Circunferência Abdominal (Cm): |
| PA: | Acantose Nigricans <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não |

HISTÓRIA CLÍNICA

| |
|---|
| Idade início da obesidade: |
| Tempo de acompanhamento do paciente: <input type="checkbox"/> < 1 ano <input type="checkbox"/> 2 anos <input type="checkbox"/> > 2 anos |
| Freqüência das consultas: |

Tentativas de tratamentos contra a obesidade (medicamentoso / dieta / alternativos / atividade física), especificando o acompanhamento ponderal nos últimos 2 anos, informando as 4 medidas de IMC (com intervalo máximo de 6 meses):

Co-morbidades:

- Diabetes Mellitus Hipertensão Arterial Dislipidemias
 Apnéia Obstrutiva do Sono Doenças Osteoarticulares Degenerativas Outras:
 Síndrome Metabólica

Complicações:

- Nefropatia Retinopatia Diabética Neuropatia Periférica
 Doenças Coronarianas Doença Arterial Periférica

Medicamentos Utilizados:

Dose:

Cirurgias Realizadas:

ANTECEDENTES FAMILIARES

- Obesidade Diabetes Mellitus Doenças Psiquiátricas
 Hipertensão Arterial Infarto do Miocárdio Acidente Vascular Cerebral

RESULTADOS DE EXAMES

Exames Laboratoriais:

Exames Complementares:

Classificação do Risco Cirúrgico:

Conduta Terapêutica Justificada:

Paciente foi orientado quanto aos riscos inerentes à cirurgia de obesidade severa? Sim Não

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

O paciente está apto a realizar a cirurgia ? Sim Não

Data:

/ /

Assinatura / Carimbo do Perito Médico Responsável:

ANEXO III-B: PARÂMETROS PARA A AVALIAÇÃO DO RISCO CIRÚRGICO CARDIOLÓGICO

PROTOCOLO PARA AVALIAÇÃO DA SOLICITAÇÃO DE TRATAMENTO CIRÚRGICO DA OBESIDADE SEVERA

III-A – AVALIAÇÃO DE RISCO CIRÚRGICO CARDIOLÓGICO (Diretriz SBC 2007)

1º Passo: Pontuar conforme as variáveis

| Variáveis | Pontos |
|---|--------|
| Infarto Agudo do Miocárdio <6m | 10 |
| >6m | 5 |
| Angina Classe IV | 20 |
| Classe III | 10 |
| Edema Agudo Pulmonar: última semana | 10 |
| uma vez na vida | 5 |
| Suspeita de Estenose Aórtica Crítica | 20 |
| Ritmo Não Sinusal | 5 |
| Ritmo Sinusal com ESSV no ECG | 5 |
| >5 ESV no ECG | 5 |
| PO2 <60, PCO2 >50, K <3, U >50, C >3 ou restrito ao leito | 5 |
| Idade >70 anos | 5 |
| Cirurgia de emergência | 10 |

| Classificação | |
|---------------|--------|
| Classe | Pontos |
| I | 0-15 |
| II | 20-30 |
| III | >30 |

2º Passo: Avaliar o risco, conforme a classe

| Classe | * Qtde de Variáveis | Risco | % de Evento Cardíaco | Conduta |
|----------|---------------------|---------------|----------------------|--|
| I | 0-1 | Baixo | < 3% | Operar |
| | ≥ 2 | Intermediário | 3 a 15% | Se Cirurgia não vascular: Operar Se Cirurgia vascular: Realizar TN. Se Negativo: Operar |
| II e III | - | Alto | > 15% | Determinar a natureza do risco |

| * Variáveis de risco para a Classe I | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Idade >70 anos | <input type="checkbox"/> História de angina |
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Ondas Q patológica no ECG |
| <input type="checkbox"/> História de IAM | <input type="checkbox"/> Alteração isquêmica do ST |
| <input type="checkbox"/> HAS com HVE severa | <input type="checkbox"/> História de ICC |

| Natureza do risco para as Classes II e III | |
|--|---|
| Isquêmico | Determinar elegibilidade para RM, baseada nas indicações da AHA |
| ICC, arritmia, doença valvar | Otimizar o tratamento e refazer a avaliação do risco |
| Fatores não modificáveis | Considerar cancelamento ou modificação da cirurgia não cardíaca |

Legendas:ESSV – Extra-sístoles supraventriculares; ESV – Extra-sístole ventricular; HAS – Hipertensão Arterial Sistêmica; HVE – Hipertrofia Ventricular Esquerda; AHA – American Heart Association; RM – Revascularização do Miocárdio; EC – Eventos Cardíacos; TN – Teste não invasivo; ICC – Insuficiência Cardíaca Congestiva; ECG - Eletrocardiograma

ANEXO IV: TERMO DE CONSENTIMENTO

PROTOCOLO PARA AVALIAÇÃO DA SOLICITAÇÃO DE
TRATAMENTO CIRÚRGICO DA OBESIDADE SEVERA

IV-A – TERMO DE CONSENTIMENTO PARA REALIZAÇÃO DE CIRURGIA BARIÁTRICA

Eu, _____, cadastro no Planserv de nº _____, autorizo o Dr. _____, CRM _____, e a sua equipe, a realização do procedimento de Cirurgia Bariátrica pelo método _____ para o tratamento cirúrgico da obesidade mórbida no Hospital _____.

Declaro, para fins legais :

1- Que estou ciente que sou portador (a) de outras comorbidades:

2- Ter sido claramente informado pela equipe cirúrgica sobre todos os riscos envolvidos na realização do referido procedimento, que, entre outros, incluem trombose, infarto do miocárdio, embolia pulmonar, fístula digestiva, estenose (estreitamento da anastomose), perfuração de vísceras, hérnia, infecção, sangramento, distúrbios nutricionais e metabólicos, alterações psicológicas, risco anestésico, reações alérgicas a medicamentos e risco de vida.

3- Que estou ciente que a cirurgia contribuirá para a perda de peso, mas que é fundamental a minha cooperação no sentido de seguir todas as instruções da equipe multidisciplinar para evitar complicações e obter o resultado esperado, bem como da necessidade de acompanhamento pós-operatório por, no mínimo, 06 meses por equipe multidisciplinar.

4- Que todas as minhas dúvidas sobre a doença, a cirurgia, as complicações do procedimento, a evolução pós-operatória foram esclarecidas, não sendo negada nenhuma informação.

Após a leitura atenta deste Termo de Consentimento, declaro que a realização do referido procedimento dar-se-á por minha livre e espontânea vontade e por isso firmo o presente Termo.

Local e data

Paciente: _____ RG: _____

Familiar: _____ RG: _____

Grau de Parentesco: _____

Médico Cirurgião: _____ CRM: _____

**PROTOCOLO PARA AVALIAÇÃO DA SOLICITAÇÃO DE
TRATAMENTO CIRÚRGICO DA OBESIDADE SEVERA
ROTEIRO PARA REALIZAÇÃO DA CIRURGIA BARIÁTRICA**

Caro(a) Beneficiário(a),

Você está recebendo a documentação anexa para avaliação e autorização da **Cirurgia Bariátrica**, devendo realizar os seguintes passos:

| Formulário | Procedimento |
|---|---|
| Avaliação do Cirurgião Geral | Deverá ser preenchido corretamente pelo profissional responsável pela realização da cirurgia |
| Avaliação Nutricional | Deverá ser preenchido corretamente pelo nutricionista pertencente à equipe cirúrgica |
| Avaliação Psicológica | Deverá ser preenchido corretamente pelo psicólogo pertencente à equipe cirúrgica |
| Avaliação Cardiológica | Deverá ser apresentado relatório detalhado com classificação de risco cirúrgico |
| Avaliação Clínica/ Endocrinológica | Deverá constar o tratamento clínico detalhado empregado para a perda de peso e a duração do mesmo |
| Termo de Consentimento | Deverá ser preenchido todos os campos, inclusive o hospital, a técnica proposta da cirurgia e assinado pelo paciente, familiar e médico cirurgião |

Para a realização da Perícia, você deverá levar toda a documentação preenchida corretamente, além dos exames médicos originais.

Você deverá realizar, após a autorização da cirurgia, uma consulta com um **Médico Anestésista** para avaliação de risco anestésico e obter um **Relatório de Consulta Pré-anestésica**.

LÍVIA NERY FRANCO GUERREIRO COSTA
Auditora Médica - CRM 13875

ÂNGELA MARIA NOLASCO FARIAS
Coordenação de Prevenção

CRISTIANE MÁRCIA VELOSO DE CARVALHO
LOPES
Coordenação de Gestão de Projetos de Saúde

De Acordo. Implemente-se.

SONIA MAGNÓLIA LEMOS DE CARVALHO
Coordenadora Geral/PLANSERV