

DADOS PESSOAIS:

Nome: _____
Idade: _____ Profissão: _____
Idade de início da obesidade: _____
Peso atual: _____ kg Altura: _____ m IMC: _____

PRESENÇA DE DOENÇAS RELACIONADAS À OBESIDADE:

Hipertensão arterial: Não () Sim () Níveis usuais: _____
Medicações em uso: _____
Diabetes: Não () Sim () Medicações em uso: _____
Apnéia do sono: Não () Sim () Índice de distúrbios respiratórios: _____ por hora
Uso de C PAP nasal: Não () Sim () Resultado: _____
Sonolência diurna: Não () Sim ()
Distúrbios osteoarticulares (Artropatia Grave): Não () Sim () Especificar: _____
Dificuldades respiratórias: Não () Sim ()
Hérnia de Disco: Não () Sim () Especificar: _____

PRESENÇA DE OUTRAS PATOLOGIA ENDÓCRINAS ESPECÍFICAS:

Não () Sim () Citar: _____

PRESENÇA DE DISTÚRBIOS COMPORTAMENTAIS:

Etilismo: Não () Sim () Drogadição: Não () Sim () Tabagismo: Não () Sim ()
Compulsões: Não () Sim () Especificar: _____

CONDIÇÕES FÍSICAS/CLÍNICAS NÃO RELACIONADAS À OBESIDADE:

Cirrose: Não () Sim () Cardiopatias: Não () Sim ()
Insuficiência renal crônica: Não () Sim () Pneumopatias: Não () Sim ()
Outras: _____

CIRÚRGIA INDICADA E TÉCNICA

Vídeo laparoscópica: Não () Sim ()

OUTROS COMENTÁRIOS QUE JULGAR NECESSÁRIO:

Carimbo e Assinatura

___ / ___ / ___