



ENTREVISTA PARA CONSULTA MÉDICA

Nome: _____ Sexo: () Masc. () Fem.

Idade: _____ Estado Civil: _____ Telefones: _____

Endereço: _____ e-mail: _____

Bairro: _____ CEP: _____

Convênio: _____ Profissão: _____

Peso atual: _____ Altura: _____

Peso máximo que já teve: _____ IMC: _____ Objetivo de peso: _____

1 – Quando e como começou a engordar?

2 – Consegue relacionar algum fato ou situação vivida ao momento que começou a engordar? (após se casar, se separar, após falecer alguém importante, após o nascimento de algum filho, após ficar desempregado, na adolescência, na época de procurar emprego...)

3 – Tem algum problema de saúde?

Medicações

- | | | |
|---------------------------------------|-----------------|-------|
| 1 – Hipertensão | () Sim () Não | _____ |
| 2 – Colesterol | () Sim () Não | _____ |
| 3 – Triglicérides | () Sim () Não | _____ |
| 4 – Diabetes | () Sim () Não | _____ |
| 5 – Ácido Úrico | () Sim () Não | _____ |
| 6 – Problemas cardíacos | () Sim () Não | _____ |
| 7 – Problemas pulmonares | () Sim () Não | _____ |
| 8 – Problemas de ossos e articulações | () Sim () Não | _____ |
| 9 – Disfunção da tireóide | () Sim () Não | _____ |
| 10 – Apnéia do sono | () Sim () Não | _____ |
| 11 – Depressão | () Sim () Não | _____ |
| 12 – Gastrite/Refluxo | () Sim () Não | _____ |

4 – Com que idade começou a fazer regime e tomar remédios para emagrecer?

5 – Quantos tratamentos já fez para emagrecer?

() Nenhum () Até 5 () De 5 a 10 () De 10 a 15 () Mais de 15

6 – Que resultados teve até agora com os tratamentos para emagrecer? Qual foi seu melhor resultado?

7 – Quais remédios já tomou para emagrecer?

() Anfepramona () Femproporex () Triac () Fluoxetina
() Reductil () Xenical () Plenty () Fórmulas

8 – Que outras formas de tratamento já usou para emagrecer?

() SPA () Clínicas de Estética () Outros: _____

9 – Evolução do seu peso nos últimos 5 anos:

Há 5 anos pesava _____ Kg.

Há 4 anos pesava _____ Kg.

Há 3 anos pesava _____ Kg.

Há 2 anos pesava _____ Kg.

Há 1 ano pesava _____ Kg.

10 – Outras Medicações de uso constante.

11 – Alergias:

12 – Já teve ou ocorreu na sua família algum caso de doença vascular ou circulatória como erisipela, trombose ou embolia?

13 – Cirurgias realizadas?

14 – Há algum caso de câncer na família, especialmente câncer de estômago?

15 – Histórico de doenças e obesidade em sua família:

16 – Avaliação do hábito alimentar:

Descreva sumariamente seu “dia alimentar”:

A) Café da manhã _____

B) Almoço _____

C) Jantar _____

D) Lanches

17 – Costuma “beliscar” durante o dia?

A) Quantas vezes: Uma Sim Não

B) O que _____

18 – Bebe refrigerante?

Sim Não Diet Normal

Até ½ litro/dia De ½ litro até 1 litro/dia

De 1 litro até 2 litros/dia Mais de 2 litros/dia

19 – Levanta a noite para comer?

Sim Não

20 – Que tipo de alimento prefere?

Doce Salgado Indiferente

21 – Como avalia sua compulsão alimentar:

Nenhuma Pequena Média Incontrolável

22 – Qual o horário que mais gosta de comer?

Manhã Tarde Noite Madrugada

23 – Quanto conseguiu emagrecer em regimes?

Até 5 Kg De 5 a 10 Kg De 10 a 20 Kg Mais que 20 Kg

24 – Quantos Kilos pretende emagrecer com a cirurgia?

Até 20 Kg 20 – 30 Kg 30 – 40 Kg

40 – 50 Kg 50 – 60 Kg Acima de 60 Kg

25 – Você fuma? Sim Não

Quantos cigarros por dia: _____

26 – Pratica esportes? Sim Não

O que e quantas vezes por semana: _____

27 – Faz caminhada durante a semana? Sim Não

Quantas vezes por semana: _____

28 – Você dorme bem? Sim Não

Se não qual é o problema? Descreva _____

29 – Consome bebidas alcólicas? Sim Não

O que e quanto: _____

30 – Já fez alguma vez tratamento com nutricionistas, psicólogos, endocrinologistas para emagrecer?

Sim Não

O que fez: _____

31 – Conhece as técnicas da cirurgia da obesidade? Sim Não

Qual: _____

32 – Gostaria de ser submetida a qual técnica em particular?

Balão Gástrico Banda Gástrica Ajustável Fobi-Capella

Bypass Scopinaro Duodenal Switch

Gastrectomia Vertical (Sleeve) Gastroplastia

33 – Descreva porque acha que deveria fazer a cirurgia bariátrica?

34 – O que sua família pensa a respeito de sua cirurgia bariátrica?

ANEXO I

REGRA PARA CÁLCULO DO IMC:
$$\frac{\text{PESO EM KG}}{\text{ALTURA EM M}^2}$$

CALCULE SEU IMC:

SEU PESO EM KG = _____ IMC = _____

SUA ALTURA EM M² = _____

ANEXO II

Critérios de indicações para Cirurgia Bariátrica por necessidade segundo o Ministério da Saúde do Brasil – Portaria 196 de 29 de Fevereiro de 2000, Diário Oficial da União 01 de Março de 2000 CFM (Conselho Federal de Medicina) nº 1.766/05 e cobertura obrigatória ANS, RN 167/08.

A – IMC acima de 40 com Obesidade Mórbida estabelecida há pelo menos 2 anos e resistente a tratamentos conservadores (Endocrinológicos, Psicoterapeutas, Nutricional).

B – IMC entre 35 e 40 com Comorbidades Severas (diabetes, apnéia do sono, hipertensão arterial, dislipidemia, doenças cardiovasculares incluindo doença arterial coronariana, infarto do miocárdio, angina, insuficiência cardíaca congestiva, acidente vascular cerebral, hipertensão e fibrilação atrial, cardiomiopatia dilatada, cor pulmonale e síndrome de hipoventilação, asma grave não controlada, osteoartroses. hérnias discais, refluxo gastroesofageano com indicação cirúrgica, colecistopatia calculas, pancreatites agudas de repetição, esteatose hepática, incontinência urinária de esforço na mulher, infertilidade masculina e feminina, disfunção erétil, síndrome dos ovários policísticos, veias varicosas e doença hemorroidária, hipertensão intracraniana idiopática, estigmatização social e depressão).

C – Ter feito tratamento Endocrinológico para Obesidade Mórbida por pelo menos 2 anos anteriormente.

DATA:

_____/_____/_____ ASS: _____