

Anexo I

RELATÓRIO MÉDICO PARA O PROGRAMA DE OBESIDADE E SOBREPESO 1-DADOS DO PACIENTE/ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

Nome:	
Data de Nascimento:	Sexo: ()Feminino ()Masculino
Cartão SUS:	Medida de Circunferência Abdominal:
Peso (Kg):	Altura(m):
Medida de prega cutânea:	Índice de Massa Corporal (IMC):
Estabelecimento de Saúde Solicitante:	
CNES:	

2-DADOS SOBRE A DOENÇA

CID10:	Data do diagnóstico:
2.1-Faz exercício físico regularmente? () Sim () Não () As vezes. Se sim. Com que frequência semanal?	
2.2-Paciente apresenta comorbidades? () Sim () Não. Se sim. Qual (is):	
2.3-Paciente apresenta alguma das comorbidades abaixo: () Hipertensão () Diabetes () Dislipidemia () Apneia do sono () Esteatose hepática.	
2.4-Paciente apresentou falha anterior no processo de perda de peso com tratamento não farmacológico? () Sim () Não	
2.6-Paciente em atendimento nutricional? () Sim () Não.	
Resultado dos exames laboratoriais Hemoglobina glicada: Glicose de jejum:	Resultado dos exames laboratoriais Colesterol total: HDL: LDL: Triglicérides:
Metas () Peso atual(Kg): () Meta para 6 meses:	

3-DESCRIÇÃO DA TRAJETÓRIA DO TRATAMENTO

Nome do medicamento (por princípio ativo)	Dose	Período de utilização	Motivo da suspensão
Sibutramina			
Orlistat			
Outro:			
Solicitação atual () Orlistat 120mg cáp.() Sibutramina 10mg cáp./comp.() Sibutramina 15mg cáp./comp.			
Justificativa para a solicitação atual:			

4-ESPAÇO RESERVADO AO AVALIADOR

Autorização da dispensação: () Sim () Não
Justificativa:
_____ Médico Avaliador Cuiabá, ____/____/____.

Anexo II – Termo de esclarecimento e adesão do paciente ao programa de obesidade

Eu, _____
asseguro que fui orientado (a) de forma clara sobre benefícios e riscos do tratamento proposto incluindo informações sobre a guarda do medicamento; dose; posologia e uso; contraindicações e efeitos adversos.

Declaro ainda que fui informado (a) da minha responsabilidade no tratamento e estou ciente que minha adesão ao programa nutricional representa a maior chance de êxito no meu tratamento.

()Sou paciente candidato ao uso de sibutramina. Desta forma declaro:

NÃO possuir nenhuma das contraindicações ao uso de sibutramina, a saber: hipertensão não controlada; bulimia; anorexia; uso de inibidores da monoaminoxidase (IMAO); tratamento psiquiátrico com drogas de ação central; Diabetes *mellitus* tipo 2 com pelo menos um fator de risco associado (hipertensão em uso de medicamento; tabagismo; nefropatia diabética com sinais de microalbuminúria); doença arterial coronariana (angina, histórico de infarto) taquicardia; doença arterial obstrutiva periférica; arritmia; doença cerebrovascular; insuficiência cardíaca congestiva.

()Sou paciente candidato ao uso de orlistat. Desta forma declaro:

NÃO possuir nenhuma das contraindicações ao uso do orlistat, a saber: síndrome de má-absorção crônica; colestase; hipersensibilidade conhecida ao orlistat.

Cuiabá, ____/____/____.

Assinatura do paciente ou representante legal.

Assinatura do médico ou responsável pelas orientações.

ANEXO III
FORMULÁRIO PARA PERMANÊNCIA NO PROGRAMA DE OBESIDADE

1-DADOS DO PACIENTE/ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

Nome:	
Data de Nascimento:	Sexo: ()Feminino ()Masculino
Cartão SUS:	Medida de Circunferência Abdominal:
Peso (Kg):	Altura(m):
Medida de prega cutânea:	Índice de Massa Corporal (IMC):
Estabelecimento de Saúde Solicitante:	
CNES:	

2-META PARA PERDA PONDERAL E DADOS LABORATORIAIS

Metas () Peso atual(Kg): () Meta para 6 meses:	
Resultado dos exames laboratoriais Hemoglobina glicada: Glicose de jejum:	Resultado dos exames laboratoriais Colesterol total: HDL: LDL: Triglicérides:

3-JUSTIFICATIVA PARA CONTINUIDADE

() Cumprimento das metas de perda de peso. () Melhora na adesão do tratamento. () Presença de comorbidades. Justificativa complementar:

4-JUSTIFICATIVA PARA SUSPENSÃO TEMPORÁRIA

() Não cumprimento das metas de perda de peso. () Paciente apresentou efeitos adversos graves. () Paciente já utilizou a sibutramina pelo tempo máximo(24 meses) estabelecido neste protocolo. () Não apresentou o exames para avaliação. () Não aderiu a terapia nutricional. () Critério informado discordante do relatório médico e/ou exames apresentados.

Médico Assistente

Cuiabá, ____/____/____

5-ESPAÇO RESERVADO AO AVALIADOR

Autorização da dispensação: () Sim () Não
Justificativa:

_____ Médico Avaliador	Cuiabá, ____/____/____.
---------------------------	-------------------------