

**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:	
Número do CNES:	

**2-DADOS SOBRE A DOENÇA**

<b>CID10:</b> ( ) <b>Data do diagnóstico:</b>	
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.	
<b>Resultado dos exames laboratoriais</b> Hemoglobina glicada: Glicose de jejum:	<b>Resultado dos exames laboratoriais</b> Colesterol total: HDL: LDL: Triglicérides:
<b>Metas</b> 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**

<p><b>Autorização da dispensação:</b> ( ) Sim ( ) Não</p> <p><b>Justificativa:</b></p>   <p>_____</p> <p>Médico Avaliador</p>	<p>Cuiabá, ___/___/___.</p>
--	-----------------------------

## 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.

## 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:	
Número do CNES:	

### 2-META PARA PERDA PONDERAL E DADOS LABORATORIAIS

<b>Metas</b> <input type="checkbox"/> Peso atual(Kg): <input type="checkbox"/> Meta para 6 meses:	
<b>Resultado dos exames laboratoriais</b> Hemoglobina glicada: Glicose de jejum:	<b>Resultado dos exames laboratoriais</b> Colesterol total: HDL: LDL: Triglicérides:

### 3-JUSTIFICATIVA PARA CONTINUIDADE

<input type="checkbox"/> Cumprimento das metas de perda de peso. <input type="checkbox"/> Melhora na adesão do tratamento. <input type="checkbox"/> Presença de comorbidades. Justificativa complementar:
--

### 4-JUSTIFICATIVA PARA SUSPENSÃO TEMPORÁRIA

<input type="checkbox"/> Não cumprimento das metas de perda de peso. <input type="checkbox"/> Paciente apresentou efeitos adversos graves. <input type="checkbox"/> Paciente já utilizou a sibutramina pelo tempo máximo(24 meses) estabelecido neste protocolo. <input type="checkbox"/> Não apresentou o exames para avaliação. <input type="checkbox"/> Não aderiu a terapia nutricional. <input type="checkbox"/> 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, ___/___/___