

CIRURGIA BARIÁTRICA / METABÓLICA

Peso atual (kg)

Altura (cm)

IMC atual

QUESTIONÁRIO DE PERDA DE PESO E HISTÓRIA CLÍNICA

Quantas tentativas de redução de peso: _____ Há quantos anos você está acima do peso? _____

Acompanhamento médico para perda de peso

Atualmente em acompanhamento médico para perda de peso SIM NÃO Fez acompanhamento médico regular nos últimos anos? SIM NÃO

Já esteve internada em SPA para perda de peso? SIM NÃO

Programas dietéticos e suplementos (por favor indique quais das dietas ou planos de perda de peso a seguir você já tentou):

Vigilantes do peso Meta Real Exercícios Hipnose Modificação comportamental Outros _____

Já foi submetido(a) a alguma cirurgia para perda de peso? SIM NÃO – se sim, indique o **tipo de cirurgia, data, equipe, quantidade de perda de peso** _____

História clínica relacionada à obesidade

Você **já teve** ou **tem** algum desses sintomas ou doenças?

1. Doença cardíaca - Você tem ou já teve:

Angina Infarto do miocárdio (ataque cardíaco) Cirurgia coronariana (ponte de safena ou mamária) Angioplastia coronariana
 Arritmias (ritmo cardíaco anormal) Insuficiência cardíaca

1. Pressão alta SIM NÃO NÃO SEI se usa medicamento(s) para pressão alta, qual(is)? _____

2. Colesterol ou triglicérides elevado SIM NÃO NÃO SEI se usa medicamento(s) para isso, qual(is)? _____

3. Diabetes SIM NÃO NÃO SEI se usa medicamento(s) para diabetes, qual(is)? _____

4. Asma SIM NÃO NÃO SEI se usa medicamento(s) para asma, qual(is)? _____

5. Apnéia do sono (sensação de afogamento durante o sono) SIM NÃO NÃO SEI Já fez polissonografia? SIM NÃO

6. Refluxo, esofagite, queimação no peito SIM NÃO NÃO SEI se usa medicamento(s) para isso, qual(is)? _____

7. Trombose venosa profunda (coágulos nas pernas) SIM NÃO Está usando medicações para “afinar o sangue” (anticoagulantes) SIM NÃO

8. Dor ou artrose das pernas, joelhos ou tornozelos SIM NÃO Usando medicações para dor? SIM NÃO

9. Hérnia de disco? SIM NÃO NÃO SEI se usa medicamento(s) para isso, qual(is)? _____

10. Para as mulheres:

Menstruação é normal SIM NÃO Não tenho mais útero (histerectomia) SIM NÃO Tive parto por cesareanas SIM NÃO

Escape de urina quando tosse, espirra ou faz esforço? SIM NÃO Se sim, quantas vezes por semana? _____

História clínica e cirúrgica

Liste todas as outras condições clínicas ou doenças não mencionadas ainda.

Liste todas as hospitalizações a que você foi submetido(a) na fase adulta. (Motivo, hospital, tipo de cirurgia - se for o caso - e data aproximada)

Tem alergia a alguma medicação SIM NÃO NÃO SEI Se sim, liste as medicações _____

Já teve hepatite? SIM NÃO NÃO SEI Já recebeu transfusão sanguínea? SIM NÃO NÃO SEI É portador de HIV/AIDS SIM NÃO NÃO SEI

Uso de medicações (liste todas as medicações que você usa atualmente e que consiga se lembrar, e que ainda não foram listadas antes - coloque a dose e o motivo do uso): _____

História familiar (indique se pai, mãe ou irmãos tem alguma das doenças a seguir):

- Hipertensão (pressão alta) Câncer de intestino Outro tipo de câncer outra: _____
 Doença cardíaca Câncer de estômago Diabetes _____

História pessoal

Situação conjugal SOLTEIRO CASADO AMASIADO VIÚVO OUTRO _____ Filhos SIM NÃO idades dos filhos (anos) _____

Você é fumante? SIM NÃO EX-FUMANTE Se sim, quantos cigarros por dia _____ anos de uso de cigarro _____ parou há quanto tempo? _____

Você bebe bebidas alcoólicas? diariamente eventualmente não

Você já foi tratado de depressão? SIM NÃO está atualmente em tratamento? SIM NÃO Se sim, por favor indique o nome e telefone (se tiver) do médico ou terapeuta _____

Você já foi internado por doença mental? SIM NÃO É usuário de drogas ilícitas? SIM NÃO qual(is)? _____

Revisão dos sistemas (marque todos os seguintes que você já teve ou vem apresentado):

Cardiovascular dor no peito dor no braço ou pescoço ataque cardíaco arritmias palpitações

Gastrointestinal cirrose sangue nas fezes

Psicológico depressão ansiedade pensamentos suicidas esquizofrenia acompanhamento psicológico ou psiquiátrico

Já estive numa reunião informativa de cirurgia bariátrica desta equipe SIM NÃO

Eu revisei e verifiquei essas informações acima com meu médico.

Assinatura _____ data _____

Para uso do medico – não preencha a partir daqui

Cirurgia Data ____ / ____ / ____ Data de alta ____ / ____ / ____ Hospital _____ Peso na cirurgia _____
técnica by-pass com anel sem anel outra: _____ aberta vídeo alça alimentar (cm) outra cirurgia associada _____
intercorrências _____