

**AVALIAÇÃO PARA BALÃO INTRAGÁSTRICO**

NOME: \_\_\_\_\_ DN: \_\_/\_\_/\_\_ IDADE: \_\_\_\_ anos

PESO: \_\_\_\_\_ kg ALTURA: \_\_\_\_\_ m IMC: \_\_\_\_\_ kg/m<sup>2</sup>

TELEFONE: ( ) \_\_\_\_\_ CELULAR: ( ) \_\_\_\_\_

E-MAIL: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_ RG: \_\_\_\_\_

PROFISSÃO OU OCUPAÇÃO ATUAL: \_\_\_\_\_

ENDEREÇO: \_\_\_\_\_ COMPLEMENTO: \_\_\_\_\_

CEP: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ BAIRRO: \_\_\_\_\_ CIDADE: \_\_\_\_\_

ACOMPANHANTE (grau de parentesco): \_\_\_\_\_

ASSINATURA: \_\_\_\_\_

Os dados acima solicitados são obrigatórios para a confecção do contrato de procedimento e para seguimento.

1. Por que você escolheu como método o BALÃO INTRAGÁSTRICO para emagrecer?  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
2. Você possui algum problema psicológico (**ansiedade, depressão etc**) ou psiquiátrico (síndrome do pânico, bulimia, anorexia etc)? ( ) NÃO ( ) SIM (caso positivo a avaliação psicológica será obrigatória)  
QUAIS: \_\_\_\_\_
3. Toma algum medicamento diariamente ou já tomou para problemas psicológicos ou psiquiátricos? ( ) NÃO ( ) SIM (caso positivo a avaliação psicológica será obrigatória)  
QUAIS: \_\_\_\_\_
4. Você possui algum **problema de saúde** tais como pressão alta, diabetes, problemas na tireoide ou doença cardiopulmonar ( ) NÃO ( ) SIM.  
QUAIS: \_\_\_\_\_
5. Faz uso de alguma **medicação**? ( ) NÃO ( ) SIM.  
QUAIS? \_\_\_\_\_
6. Você já foi **operado** do estômago ou esôfago ou já colocou **banda gástrica**? ( ) NÃO ( ) SIM Qual e por que?  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
7. Você já realizou **endoscopias** digestivas previamente? ( ) NÃO ( ) SIM.  
Caso positivo, lembra o resultado? \_\_\_\_\_
8. Você possui alguma **alergia** a medicamentos? ( ) NÃO ( ) SIM. QUAIS:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_



- 9. Você porta alguma doença infecto-contagiosa? ( ) NÃO ( ) SIM.  
QUAIS: \_\_\_\_\_
- 10. Qual é a sua expectativa de perda de peso com o balão intragástrico (em kg)? \_\_\_\_\_
- 11. Você é **compulsivo(a)** por comer ? ( ) NÃO ( ) SIM (Compulsão = desejo incontrolável)
- 12. Você é compulsivo(a) por **doços** ou os come diariamente? ( ) NÃO ( ) SIM.
- 13. Você engorda com muita facilidade ( ) NÃO ( ) SIM
- 14. Você tem **dificuldade em perder peso**, mesmo com dietas ou medicamentos ( ) NÃO ( ) SIM.
- 15. Você costuma praticar esportes ou **atividade física**? ( ) NÃO ( ) SIM. Quais? \_\_\_\_\_
- 16. Sua família é propensa a obesidade (pai, mãe ou irmãos com obesidade)? ( ) NÃO ( ) SIM.
- 17. Está disposto a realizar acompanhamento com **NUTRICIONISTA** como parte do tratamento? ( ) NÃO ( ) SIM.
- 18. Está disposto a realizar exercícios físicos como parte do tratamento? ( ) NÃO ( ) SIM.
- 19. Como você soube do nosso serviço? ( ) internet ( ) outro paciente ( ) indicação médica ( ) Outro meio

**Para mulheres:**

- 20. Você já tem filhos? ( ) NÃO ( ) SIM. Quantos? \_\_\_\_ Ainda pretende engravidar? ( ) Não ( ) SIM
- 21. Você engordou após a gravidez e não conseguiu recuperar seu peso anterior? ( ) NÃO ( ) SIM

**DADOS PREENCHIDOS PELO MÉDICO DURANTE A CONSULTA:**

PESO AFERIDO: \_\_\_\_\_ kg                      ALTURA: \_\_\_\_\_ m                      IMC: \_\_\_\_\_ kg/m<sup>2</sup>

HOSPITAL ESCOLHIDO: \_\_\_\_\_

DATA PROVÁVEL DO PROCEDIMENTO: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**VALOR DO ORÇAMENTO E FORMAS DE PAGAMENTO:**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---