

BALÃO INTRAGÁSTRICO

COMO PARTE NO TRATAMENTO DO SOBREPESO E DA OBESIDADE



Dr. Marcio Lamas Lopes
CRM-SP 133420

Dr. Rodrigo Porphirio Sant'Ana
CRM-SP 114910

Recomendação geral de dieta, mas deve seguir as recomendações do nutricionista ou nutrólogo.

ORIENTAÇÃO NUTRICIONAL E DIETÉTICA – BALÃO INTRAGÁSTRICO – EVOLUÇÃO DE ACORDO A ACEITAÇÃO DA DIETA

Quanto mais fiel a essa dieta, mais fácil será o 1º mês e maior a chance de perda de peso.

1º Fase – DIETA LÍQUIDA RESTRITA – 03 DIAS

Está proibido qualquer tipo de açúcar, sendo utilizados adoçantes.

- utilizar peneira fina;
- a quantidade é de 100 ml a cada 30 minutos, sendo ingerido aos goles, a depender da aceitação.

Alimentos Permitidos:

- água - gelo de Gatorade – limão – picolé de limão;
- chás claros (erva-cidreira, camomila, maçã etc) Estão proibidos chás mate e preto;
- água de coco verde (pode ser de caixinha)
- suco de laranja coado, preferencialmente laranja lima;
- caldos coados (**água do cozimento, sem bater no liquidificador**) - ex.: espinafre, couve, escarola, batata, mandioquinha, cenoura, chuchu, abobrinha, beterraba, carnes magras em geral (peito de frango, coxão duro ou mole, músculo, peixes de água doce) não utilizar temperos industrializados, utilizar pouca quantidade de óleo, pode ser acrescentada pasta de soja (missô).

SUGESTÃO DE CARDÁPIO DE UM DIA	
08:30	
Água de coco	100 ml a cada 30-40 minutos
11:30	
Caldo coado (couve, cenoura, espinafre, batata e peito de frango)	100 ml a cada 30-40 minutos
13:30	
Suco de laranja lima	100 ml a cada 30-40 minutos
15:30	
Água de coco	100 ml a cada 30-40 minutos
19:30	
Caldo coado (couve, escarola, mandioquinha, cenoura e coxão duro)	100 ml a cada 30-40 minutos
21:30	
Chá de camomila com adoçante	100 ml a cada 30-40 minutos

Caldo de mandioquinha:

- 1/2 batata picada
- 1 mandioquinha picada
- 100g de coxão duro
- 1/5 maço de cebolinha verde
- 750ml de água
- sal à gosto

Modo de fazer: Cozinhe primeiramente a carne com temperos por 30 minutos, depois a batata, a mandioquinha durante mais 30 minutos. Após, coar a água desse cozimento e tomar 1 copinho de café (50 ml), aos goles, a cada 20 minutos.



2º Fase — DIETA LÍQUIDA COMPLETA — 04 DIAS

Utilizar adoçante

Utilizar peneira fina para coar os líquidos;

A quantidade a ser ingerida é de 200ml a cada 60 minutos

Alimentos a serem acrescentados:

- chás em geral ou café fraco;
- leite desnatado;
- sucos de frutas coados (laranja lima, melão, maçã, pera, manga, uva, etc., - exceto frutas ácidas laranja, limão, abacaxi, maracujá) não é permitida a utilização de sucos em pó.
- leite/suco de soja puro ou com sabor de frutas, desde que sem a adição de açúcar;
- gelatina dietética (ou light) de qualquer sabor
- iogurte batido light;
- bater a sopa no liquidificador, porém deixar em consistência líquida (rala), bater mais caldo que ingredientes;
- caldo de feijão sem gordura (qualquer tipo de feijão, ervilha, lentilha, grão de bico).

SUGESTÃO DE CARDÁPIO DE UM DIA	
08:30	
Suco de laranja lima coado	200 ml a cada 40-60 minutos
12:30	
Caldo coado (carne, mandioquinha, abobrinha, espinafre)	200 ml a cada 40-60 minutos
14:30	
Gelatina diet (mole)	200 ml a cada 40-60 minutos
16:30	
Iogurte batido light	200 ml a cada 40-60 minutos
18:30	
Caldo coado (frango, cenoura, escarola e arroz)	200 ml a cada 40-60 minutos
20:30	
Bebida isotônica (Gatorade)	200 ml a cada 40-60 minutos
22:30	
Gelatina diet de framboesa	200 ml a cada 40-60 minutos

Caldo de feijão diferente:

- 1 batata média picada
- 3 colheres (sopa) de feijão branco
- 1 fatia de carne magra
- 1/2 maço de mostarda
- sal a gosto

Modo de fazer: cozinhe o feijão com a carne. Depois de cozido, coloque a batata e a mostarda, deixe cozinhar. Tomar somente o caldo desta preparação.

**3º Fase – DIETA CREMOSA – 11 DIAS**

Utilizar adoçantes (edulcorantes)

A quantidade é de 300 ml a cada 2 horas, sendo ingerido lentamente.

Alimentos permitidos:

- todos os líquidos utilizados nas fases anteriores, incluindo qualquer suco de fruta;
- gelatinas, pudins e flans dietéticos em consistência normal;
- iogurte light cremoso ou com pedaços de frutas;
- sopas batidas em consistência cremosa
- purês cremosos (feitos com leite desnatado e margarina light ou requeijão light)
- frutas amassadas ou em forma de purês (banana, mamão, maçã, pera).

SUGESTÃO DE CARDÁPIO DE UM DIA	
08:30	
Suco de goiaba com adoçante	200 ml a cada 60 minutos
13:00	
Purê de cenoura (3 colheres de sopa)	200 ml a cada 2 horas
14:00	
Mamão amassado (1/2 unidade)	200 ml a cada 60 minutos
16:00	
Gelatina de morango diet 1 hora depois: Leite desnatado batido com banana com adoçante	200 ml a cada 60 minutos
19:30	
Sopa cremosa de carne e vegetais (3 colheres de sopa)	200 ml a cada 2 horas
20:30	
Suco de laranja	200 ml a cada 60 minutos

Purê de mandioquinha

- ½ xícara de mandioquinha cozida (amassada)
- 1 xícara de batata cozida (amassada)
- 100 ml de leite desnatado ou semi-desnatado
- 1 colher de sobremesa de margarina light
- sal a gosto

Modo de fazer: bater a batata e a mandioquinha juntamente com o leite, a margarina e o sal a gosto.

4º Fase – DIETA PASTOSA – 12 DIAS

Utilizar adoçante.

A quantidade é de 400 ml a cada 2 horas.

Ingerir os alimentos em pequenos pedaços e mastigar muito bem. Ingestão de líquidos nos intervalos.

Alimentos a serem acrescentados:

- sopas em pequenos pedaços
- legumes cozidos, refogados (batata, cenoura, mandioquinha, abóbora, chuchu...);
- torradas ou pães macios como pão de forma sem casca, bolachas salgadas;
- requeijão ou cream cheese light;
- queijo branco light, margarina light, geleia diet;
- arroz papa (bem cozido)
- macarraozinho bem cozido com molho
- carne moída (3 vezes), peixe desfiado, coxa/sobrecoxa frango desfiada, todos refogados com molho;
- verduras cozidas/ refogadas.

OBS: A partir do 30º dia você pode ingerir sólidos, mas deve manter uma ingestão calórica superior a 1200 Kcal. Procure o nutricionista para te ajudar nisto. Evite sempre gasosos, açúcares e carboidratos. Pratique atividades físicas.

SUGESTÃO DE CARDÁPIO DE UM DIA	
08:30	
Leite desnatado com achocolatado light	100 ml a cada 30 minutos
13:00	
Carne moída com molho (1 colher de sopa) Arroz papa (1 colher de sopa) Cenoura refogada (1 colher de sopa) Escarola refogada (1 colher de sopa)	200 g a cada 60 minutos
14:00	
Banana amassada (1/2 unidade)	200 g a cada 60 minutos
16:00	
Pudim de chocolate diet Iogurte light de frutas	200 ml a cada 60 minutos
19:30	
Batata refogada (1 colher de sopa) Ervilha (2 colheres de sopa) Cação refogado (1 colher de sopa)	200 g a cada 2 horas
20:30	
Suco de uva Torrada com cream cheese light	200 ml a cada 30 minutos 1 unidade a cada 30-60 minutos



CONTRATO PARA PROCEDIMENTO DE BALÃO INTRAGÁSTRICO

Este contrato preza a prestação de serviço médico para procedimento de **COLOCAÇÃO E RETIRADA DE BALÃO INTRAGÁSTRICO**, onde o paciente ou seu responsável contrata a empresa **ABC ENDOSCOPIA ME LTDA**, CNPJ 21.850.272/0001-50 através dos médicos **Dr. MARCIO LAMAS LOPES**, cirurgião e endoscopista, CRM-SP 133420 e **Dr. RODRIGO PORPHIRIO SANT'ANA** também cirurgião e endoscopista, CRM-SP 114910, ou outro membro da equipe. Seguem as cláusulas:

CLÁUSULA 1: PROCEDIMENTO: entende-se por procedimento a realização do implante do balão intragástrico e sua remoção em um prazo máximo de 06 (seis) meses após sua colocação. Estão inclusas no valor as despesas hospitalares referentes a ambos os procedimentos, bem como aos honorários médicos da equipe da endoscopia e do anestesiológico. Também estão inclusos a taxa do aparelho, do Centro Cirúrgico, das medicações utilizadas, o valor dos acessórios para sua remoção (cateter e pinça) conforme será discriminado na CLÁUSULA 13. A compra do balão propriamente dito é de responsabilidade do contratante como descrito na cláusula seguinte.

CLÁUSULA 2: O BALÃO: fica determinado que o balão a ser utilizado será adquirido pelo contratante diretamente com o fornecedor a ser indicado pelo contratado. Este fornecedor será responsável pela emissão de sua nota fiscal. A devolução do dinheiro pago pelo balão em caso de sua desistência antes de ser colocado também é de responsabilidade do fornecedor. O contratante poderá também adquirir o balão junto ao contratado. O volume intrabalão da solução de azul de metileno será determinado pelo endoscopista e dependerá essencialmente da anatomia gástrica do paciente, sendo no mínimo 450 ml e no máximo 700 ml ou conforme recomendação do fabricante. O contratante está ciente de que o resultado final do tratamento não depende do volume colocado intrabalão e sim da presença do mesmo no estômago e da disciplina do paciente. O contratante receberá o certificado do balão implantado, com número de série, bem como laudo mencionando o volume injetado. O contratado compromete-se a substituir o balão, sem ônus no valor da despesa médica e mediante a entrega de outro balão pela fornecedora caso o balão venha a apresentar problemas de vazamento ou ruptura, desde que espontânea, sem traumas sobre a região abdominal, devendo apenas arcar com o valor acordado da taxa hospitalar. Sendo o balão fornecido pelo contratado, o mesmo se responsabilizará pela substituição do balão. A garantia de 06 (seis) meses em caso de substituição leva-se em consideração a data do primeiro implante.





CLÁUSULA 3: VALOR DO PROCEDIMENTO: o valor para o procedimento, como descrito na CLÁUSULA 1, será acordado entre as partes, bem como a forma de pagamento que serão descritos na CLÁUSULA 13 deste aditivo para o fiel cumprimento comercial deste contrato. O contratante compromete-se a custear integralmente o procedimento, independente da duração do tratamento, honrando os compromissos financeiros aqui estabelecidos. O não cumprimento do acordo financeiro autoriza automaticamente o contratado a buscar as medidas legais.

CLÁUSULA 4: DO ACOMPANHAMENTO MULTIDISCIPLINAR: o sistema de tratamento de obesidade e sobrepeso do Balão Intragástrico é composto, além do próprio balão, por acompanhamento multidisciplinar. Obrigatoriamente por um NUTRICIONISTA e preferencialmente por um PSICÓLOGO, ENDOCRINOLOGISTA e um PREPARADOR FÍSICO. Eventualmente pode ser exigido o seguimento de um CARDIOLOGISTA. O contratante compromete-se a seguir as orientações destes especialistas indicados a fim de obter o resultado mais satisfatório possível para o tratamento proposto. Os custos deste acompanhamento, bem como eventuais exames solicitados, ficam sob a inteira responsabilidade por parte do contratante, não sendo contemplado neste contrato.

CLÁUSULA 5: ATIVIDADE FÍSICA: também considerado como parte do tratamento do Balão Intragástrico, as atividades físicas com acompanhamento devem ser realizadas pelo contratante, no intuito de se obter um melhor resultado, sendo que os custos destas ficam sob a responsabilidade do contratante. É sugerido que esse acompanhamento deva ser feito sob supervisão de um profissional da área para obter melhores resultados e preservação de sua integridade física.

CLÁUSULA 6: DOS EFEITOS COLATERAIS: o contratante declara, através deste instrumento, ter sido orientado que a presença desse dispositivo intragástrico apresenta efeitos adverso, causando alterações na função do aparelho digestivo tais como: náuseas e vômitos por vezes incoercíveis apesar da medicação levando o paciente eventualmente ao Pronto Socorro para tomar medicação intravenosa e levando inclusive ao paciente, mesmo que raramente, solicitar que o balão seja removido antes do prazo. Também pode causar refluxo gastroesofágico, flatulência, eructação (arroto), dor e desconforto abdominal, sensação de peso na região epigástrica, distensão abdominal, constipação, diarreia, halitose, plenitude gástrica (saciedade precoce), entre outros. Tais sintomas variam em frequência e intensidade e são mais presentes no início do tratamento, especialmente nas primeiras semanas, mas podem



eventualmente acontecer em qualquer fase do tratamento. O contratado compromete-se a auxiliar no tratamento e alívio destes sintomas, enquanto permanecer com o balão, através de consulta e prescrição de medicamentos e medidas comportamentais. Em raros casos esses efeitos são intensos e podem trazer prejuízos a saúde. Caso o contratado julgue necessário interromper o tratamento após considerar os riscos e benefícios de sustentá-lo, poderá assim fazê-lo após amplo esclarecimento ao contratante dos motivos que o levaram a tal decisão. Ainda assim não sendo motivo para a quebra do contrato.

CLÁUSULA 7: DOS RESULTADOS E GARANTIAS DO TRATAMENTO: o contratante fica ciente que não há qualquer garantia de resultados na perda de peso durante o tratamento, muito menos como não há garantias quanto a impossibilidade de reganho de peso após a retirada do balão, mas que o balão intragástrico, em estudos clínicos, tem se mostrado um bom artifício no auxílio no tratamento da obesidade para a maioria dos pacientes que o utilizam e que seguem as recomendações (atividades físicas e orientação nutricional). Mas é da responsabilidade e dever do contratado, portanto, realizar o procedimento sob as normas técnicas vigentes, bem como auxiliar na manutenção do balão e tratamento dos efeitos colaterais durante o período de tratamento, mas exime-se da responsabilidade de atingir os resultados de emagrecimento considerável, haja visto que este objetivo depende essencialmente de fatores extrínsecos à conduta médica tais como: engajamento e disciplina do paciente, sexo, idade, distúrbios metabólicos prévios, doenças sistêmicas, distúrbios hormonais e tempo de permanência do balão.

CLÁUSULA 8: DO ACOMPANHAMENTO MÉDICO: a equipe contratada realizará acompanhamento médico para avaliação e tratamento de eventual efeito colateral através de consultas presenciais em seu ambulatório e sem mais ônus ao contratante. Entende-se por acompanhamento a disposição do contratado em atendê-lo em todas eventuais complicações do procedimento enquanto este permanecer com o balão ou logo após sua remoção. O contratante se compromete a marcar uma consulta cerca de 15 (quinze) dias antes do balão completar 06 (seis) meses após o implante, afim de se agendar a sua remoção. Eventualmente, pode ser indicado o exame de endoscopia ou mesmo solicitação de outros exames, como por exemplo Raio-X. Nenhum exame adicional está contemplado neste contrato, ficando o ônus a cargo do contratante. Nada impede que estes exames possam vir a ser realizados por convênio médico caso o contratante possua.

CLÁUSULA 9: DA REALIZAÇÃO DO PROCEDIMENTO: o contratado compromete-se a realizar o procedimento de colocação e retirada do balão em ambiente hospitalar por procedimento endoscópico prezando a segurança e



bem estar do paciente. A colocação é realizada sob sedação venosa e a remoção sob sedação/anestesia, ou seja, podendo ser com o paciente intubado para proteger o paciente de eventual broncoaspiração. Portanto, o contratante fica ciente de que há riscos inerentes a qualquer procedimento endoscópico, como sangramento e perfuração de órgãos bem como complicações relacionados a própria anestesia, mesmo que raras como o choque anafilático. Caso ocorra, as despesas do tratamento destas eventuais complicações, tais como despesas hospitalares e médicas, não são contempladas pelo valor aqui contratado, sendo o ônus financeiro de exclusiva responsabilidade do contratante.

CLÁUSULA 10: DAS CONTRAINDICAÇÕES DO PROCEDIMENTO: o procedimento objeto deste contrato tem contraindicações relacionadas aos órgãos digestivos (esôfago, estômago e duodeno), portanto, será realizada endoscopia digestiva alta minuciosa pelo endoscopista antes da introdução do balão, ainda que tenha sido realizada previamente por outro médico. Caso identifique-se alguma contraindicação absoluta ao procedimento, tais como qualquer cirurgia gástrica, gastrectomia ou gastroplastia prévias, hérnia de hiato volumosa, tumores ou úlceras ativas, o mesmo não será introduzido e nem mesmo retirado de sua embalagem. O contratado compromete-se a informar ao contratante o motivo da não realização do procedimento. Dependendo do motivo pode ser reagendado para um momento oportuno. O contratante será ressarcido do valor pago até o momento, descontando-se apenas o valor referente ao valor da tabela hospitalar da endoscopia e de eventual procedimento que tenha sido necessário, como biópsias por exemplo. O fornecedor geralmente também aceita a devolução do balão e devolução do valor pago nestes casos, mas é bom sempre questionar esta hipótese antes de sua aquisição.

CLÁUSULA 11: DA PERMANÊNCIA E RETIRADA DO BALÃO: o balão gástrico deverá permanecer por um período máximo de 06 (seis) meses ou a critério da equipe médica. Será acordado entre as partes a data da remoção do balão cerca de 15 (quinze) dias antes do vencimento do prazo, quando o contratante deve entrar em contato para agendar a consulta. O contratante assume inteiramente a responsabilidade por eventual desistência do tratamento em qualquer fase do tratamento após a colocação do balão. O contratado se compromete a atender esta solicitação respeitando a decisão do paciente. Para tanto, o contratado exime-se do ressarcimento do investimento realizado pelo contratante, já que todo o procedimento fora realizado (taxa hospitalar para o procedimento de colocação e retirada do balão, a utilização do próprio e do material de sua retirada além dos honorários médicos de ambos os procedimentos, incluindo aqui o do anestesilogista). O contratante





assume inteiramente o risco de permanência do balão além da data acordada. Cabe salientar ainda que o balão é preenchido com solução de azul de metileno e que em caso de ruptura do balão o paciente irá perceber alteração na coloração de sua urina, que passará a ser esverdeada ou mesmo azulada. Neste caso o endoscopista deverá ser notificado imediatamente para providenciar uma endoscopia dentro de 72 horas e remoção do balão caso se confirme que houve a ruptura, pois, o balão vazio pode migrar para o intestino, sendo eventualmente necessário cirurgia para sua remoção.

CLÁUSULA 12: DO LOCAL DO PROCEDIMENTO: fica acordado como local do procedimento tanto a colocação como a remoção, o Hospital _____ em _____. O contratante pode optar por realizar a retirada do balão em um hospital diferente daquele da colocação, desde que o contratado esteja cadastrado para o procedimento neste novo local e mediante o pagamento por parte do contratante da diferença de valores das taxas hospitalares. Caso o contratante opte por retirar o balão com outra equipe, mesmo que no mesmo hospital, o contratado se exime da responsabilidade do ato médico deste procedimento, bem como do ressarcimento financeiro ao contratante referente a retirada, já que esta foi uma opção do contratante.

CLÁUSULA 13: DO VALOR DO PROCEDIMENTO: fica acordado que o valor aqui estabelecido, como descrito na CLÁUSULA 1, inclui:

- # TAXA DE CENTRO CIRÚRGICO DO HOSPITAL ESCOLHIDO (colocação e retirada)
- # MEDICAÇÃO UTILIZADA NO CENTRO CIRÚRGICO
- # TAXA DE APARELHO
- # EQUIPE MÉDICA (ENDOSCOPISTA, ANESTESIOLOGISTA E AUXILIAR)
- # MATERIAL PARA RETIRADA DO BALÃO (CATETER E PINÇA RAPTOR)
- # BALÃO INTRAGÁSTRICO

TOTAL DE R\$ _____, A SER PAGO DA SEGUINTE FORMA:

Dados bancários: Santander, Ag: 3061; C/C:13004249-7; CNPJ: 21.850.272/0001-50

COLOCAÇÃO: DATA ____/____/____

RETIRADA: DATA PREVISTA ____/____/____ (paciente deve entrar em contato cerca de 15 (quinze) dias antes para confirmar data exata).

**OBSERVAÇÃO:**

Obs.: mulheres em período fértil que estiverem em uso de anticoncepcional oral devem se atentar aos vômitos que costumam ser comuns nos primeiros dias com o balão. Não há nenhum estudo mencionando que a presença do balão cause alteração em sua absorção, mas, em caso de vômitos pode haver perda de sua eficácia e a paciente deve se atentar a este fato para evitar a gravidez usando outro método contraceptivo, devendo procurar seu ginecologista para acrescentar ou substituir um novo. Lembrando ainda que estudos mostram que há um aumento na fertilidade com a redução do peso.

DECLARO ESTAR RECEBENDO UMA CÓPIA DESTE CONTRATO.

Fica eleito o Fórum de Mauá para eventuais agravos, mas, por estarem de acordo e cientes dos termos deste contrato, sendo dirimidas todas as dúvidas constantes em suas 13 (treze) cláusulas, relacionadas ao procedimento no que tange os seus riscos, a não garantia do sucesso, as condições de pagamento e os direitos e deveres de ambas as partes, inclusive dando espaço para eventuais observações, subscrevem-se:

_____, _____ DE _____ DE 20____.

Médico (Contratado)

Nome completo

Assinatura: Paciente ou Responsável (Contratante)

RG _____ e CPF _____



assume inteiramente o risco de permanência do balão além da data acordada. Cabe salientar ainda que o balão é preenchido com solução de azul de metileno e que em caso de ruptura do balão o paciente irá perceber alteração na coloração de sua urina, que passará a ser esverdeada ou mesmo azulada. Neste caso o endoscopista deverá ser notificado imediatamente para providenciar uma endoscopia dentro de 72 horas e remoção do balão caso se confirme que houve a ruptura, pois, o balão vazio pode migrar para o intestino, sendo eventualmente necessário cirurgia para sua remoção.

CLÁUSULA 12: DO LOCAL DO PROCEDIMENTO: fica acordado como local do procedimento tanto a colocação como a remoção, o Hospital _____ em _____. O contratante pode optar por realizar a retirada do balão em um hospital diferente daquele da colocação, desde que o contratado esteja cadastrado para o procedimento neste novo local e mediante o pagamento por parte do contratante da diferença de valores das taxas hospitalares. Caso o contratante opte por retirar o balão com outra equipe, mesmo que no mesmo hospital, o contratado se exime da responsabilidade do ato médico deste procedimento, bem como do ressarcimento financeiro ao contratante referente a retirada, já que esta foi uma opção do contratante.

CLÁUSULA 13: DO VALOR DO PROCEDIMENTO: fica acordado que o valor aqui estabelecido, como descrito na CLÁUSULA 1, inclui:

- # TAXA DE CENTRO CIRÚRGICO DO HOSPITAL ESCOLHIDO (colocação e retirada)
- # MEDICAÇÃO UTILIZADA NO CENTRO CIRÚRGICO
- # TAXA DE APARELHO
- # EQUIPE MÉDICA (ENDOSCOPISTA, ANESTESIOLOGISTA E AUXILIAR)
- # MATERIAL PARA RETIRADA DO BALÃO (CATETER E PINÇA RAPTOR)
- # BALÃO INTRAGÁSTRICO

TOTAL DE R\$ _____, A SER PAGO DA SEGUINTE FORMA:

Dados bancários: Santander, Ag: 3061; C/C:13004249-7; CNPJ: 21.850.272/0001-50

COLOCAÇÃO: DATA ____/____/____

RETIRADA: DATA PREVISTA ____/____/____ (paciente deve entrar em contato cerca de 15 (quinze) dias antes para confirmar data exata).

**OBSERVAÇÃO:**

Obs.: mulheres em período fértil que estiverem em uso de anticoncepcional oral devem se atentar aos vômitos que costumam ser comuns nos primeiros dias com o balão. Não há nenhum estudo mencionando que a presença do balão cause alteração em sua absorção, mas, em caso de vômitos pode haver perda de sua eficácia e a paciente deve se atentar a este fato para evitar a gravidez usando outro método contraceptivo, devendo procurar seu ginecologista para acrescentar ou substituir um novo. Lembrando ainda que estudos mostram que há um aumento na fertilidade com a redução do peso.

DECLARO ESTAR RECEBENDO UMA CÓPIA DESTE CONTRATO.

Fica eleito o Fórum de Mauá para eventuais agravos, mas, por estarem de acordo e cientes dos termos deste contrato, sendo dirimidas todas as dúvidas constantes em suas 13 (treze) cláusulas, relacionadas ao procedimento no que tange os seus riscos, a não garantia do sucesso, as condições de pagamento e os direitos e deveres de ambas as partes, inclusive dando espaço para eventuais observações, subscrevem-se:

_____, _____ DE _____ DE 20____.

Médico (Contratado)

Nome completo

Assinatura: Paciente ou Responsável (Contratante)

RG _____ e CPF _____



PACIENTE:

USO ORAL

- Pantoprazol 40 mg ----- QSP

Tomar 01cp pela manhã por 06 meses.

- Vonau Flash® 8 mg ----- 02 Caixas

Tomar 01cp de desintegração oral de 08 em 08 horas por 05 dias

- Lisador® (gotas) ----- 01 Frasco

Tomar 40 gotas de 06 em 06 horas por 05 dias

- Dramin B6® Gotas ----- 01 Frasco

Tomar 40 gotas de 06 em 06 horas por 3 a 5 dias.

- Luftal gotas ----- 01 Frasco

Tomar 50 gotas de 06 em 06 horas por 3 a 5 dias.

_____, _____ DE _____ DE 20____.

Dr. Marcio Lamas Lopes
CRM – SP 133420
Cel: +55 (11) 98409-6670

Dr. Rodrigo Porphirio Sant'Ana
CRM – SP 114910
Cel: +55 (11) 99952-4430

**AO COLEGA DO PRONTO SOCORRO**

Paciente _____ submeteu-se ao procedimento de implante endoscópico de Balão Intragástrico para emagrecimento nesta data. É esperado que ocorram efeitos colaterais por alguns dias tais como fortes náuseas, vômitos frequentes e dores tipo cólica. Caso procure o pronto socorro, solicito a gentileza de atendê-lo, fazer uma avaliação clínica, reidratação vigorosa, antieméticos potentes (Zofran 8 mg), antiespasmódicos (Buscopam EV) e analgésicos (tipo Dipirona e, em caso de necessidade de Tramal). Isto normalmente é suficiente para debelar a crise. Atentar a eventual alergia que o paciente possa conhecer.

À disposição para mais esclarecimentos e grato pela atenção.

Obs.: caso não consiga contato com o responsável, favor contactar o médico assistente.

_____, _____ DE _____ DE 20____.

Dr. Marcio Lamas Lopes
CRM – SP 133420
Cel: +55 (11) 98409-6670

Dr. Rodrigo Porphirio Sant’Ana
CRM – SP 114910
Cel: +55 (11) 99952-4430



PACIENTE:

- HEMOGRAMA
- URÉIA E CREATININA
- GLICEMIA EM JEJUM
- HEMOGLOBINA GLICADA
- TSH ULTRASSENSÍVEL E T4 LIVRE
- COLESTEROL TOTAL E FRAÇÕES
- TRIGLICERÍDEOS
- TGO E TGP
- β - HCG

_____, _____ DE _____ DE 20____.

Dr. Marcio Lamas Lopes
CRM – SP 133420
Cel: +55 (11) 98409-6670

Dr. Rodrigo Porphirio Sant'Ana
CRM – SP 114910
Cel: +55 (11) 99952-4430



PACIENTE:

- Ao nutricionista.

_____, _____ DE _____ DE 20____.

Dr. Marcio Lamas Lopes
CRM – SP 133420
Cel: +55 (11) 98409-6670

Dr. Rodrigo Porphirio Sant’Ana
CRM – SP 114910
Cel: +55 (11) 99952-4430



SAO PAULO, _____ de _____ 20_____.

DECLARATION:

PACIENTE - PATIENT:

EDAD – AGE - IDADE:

DECLARO QUE LO(A) PACIENTE FUE SOMETIDO(A) A UNA ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA CON IMPLANTE DE BALON INTRAGASTRICO QUE FUE LLENADO CON _____ ML DE SOLUCION FISIOLOGICA AL 0,9% Y 05 ML DE AZUL DE METILENO, COMO PARTE DE SU TRATAMIENTO PARA REDUCCION DE PESO CORPORAL. LO(A) MISMO(A) SE ENCUENTRA APTO(A) PARA REALIZACION DE VIAJE EN AVIÓN.

I DECLARE THAT THE PATIENT HAS MADE ON AN IMPLANTATION OF INTRAGASTRIC BALLOON BY ENDOSCOPY WITH A CONTENT OF _____ML OF PHYSIOLOGIC SOLUTION (0,9%) AND 05 ML OF METHYLENE BLUE AS A PART OF HIS/HER TREATMENT FOR LOSE WEIGHT, THE PATIENT CAN TRAVEL BY AIRPLANE.

DECLARO PARA DEVIDOS FINS QUE, PACIENTE FOI SUBMETIDO(A) À ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA PARA IMPLANTE DE BALÃO INTRAGÁSTRICO QUE FOI PREENCHIDO COM _____ ML DE SORO FISIOLÓGICO 0,9% E 05 ML DE AZUL DE METILENO COMO PARTE DO TRATAMENTO DE REDUÇÃO DE PESO CORPORAL. O(A) MESMO(A) ENCONTRA-SE APTO(A) A VIAJAR DE AVIÃO.

Dr. Marcio Lamas Lopes
CRM – SP 133420
Cel: +55 (11) 98409-6670

Dr. Rodrigo Porphirio Sant’Ana
CRM – SP 114910
Cel: +55 (11) 99952-4430