

Cirurgia de Obesidade Mórbida – Documentação Necessária

Para solicitar a análise de Cirurgia de Obesidade ao Economus, é imprescindível o envio da relação completa dos documentos descritos abaixo:

1. Solicitação de tratamento cirúrgico preenchido pelo cirurgião (anexo I);
2. Documentação devidamente preenchida pelos especialistas (anexo II):
 - Avaliação Cardiológica
 - Avaliação Endocrinológica
 - Avaliação Psiquiátrica e/ou Psicológica
 - Avaliação Nutricional
3. Cópia dos resultados dos principais exames clínicos e os relacionados à obesidade
 - Hemograma
 - Glicemia
 - Colesterol
 - Triglicérides
 - T3
 - T4
 - TSH

Sobre a Perícia Técnica

O Economus adota, para os casos de cirurgia bariátrica, a solicitação de perícia técnica, com avaliação presencial do paciente. Eventualmente, a perícia técnica presencial poderá ser substituída por perícia documental. Ainda poderão ser necessários exames adicionais, solicitados a critério do Economus. Os exames e as avaliações devem ter sido realizados até 03 meses antes da data de solicitação da cirurgia.

Os documentos solicitados devem ser enviados (todos juntos) para o Economus, aos cuidados da Auditoria e Regulação Médica. Não serão analisadas solicitações de beneficiários com idade inferior a 16 anos.

O Economus analisa a solicitação de cirurgia bariátrica conforme as Diretrizes de Utilização - DUT publicadas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar ANS (15. e 25.) e Resolução CFM 1.942/2010.

ANEXO I**Solicitação de Cirurgia de Obesidade Mórbida**

Nome do (a) beneficiário (a):			
Idade:	Profissão:	Código Economus	
Peso Atual:	Altura:	IMC:	Idade de início da obesidade:

Você possui doenças relacionadas com dados de exames físico e complementares? Marque um X na resposta.

	Sim	Não
Hipertensão Arterial		
Diabetes Mellitus		
Apneia do Sono		
Distúrbios Osteoarticulares		
Cirrose Hepática		
Cardiopatias		
Insuficiência Renal Crônica		
Outras (especificar):		

Você possui algum tipo de dependência ou distúrbios comportamentais? Marque um X na resposta.

	Sim	Não
Etilismo (Alcoolismo)		
Drogadição (Dependência química)		
Tabagismo		
Compulsões		
Outros (especificar):		

Você realiza psicoterapia? Se sim, quanto tempo?

Você usa algum tipo de medicamento? Se sim, especificar.

Qual foi a evolução do seu peso? Descreva os tratamentos feitos nesse período com o tempo de duração e resultados.

Nome completo do cirurgião:

Assinatura

CRM
Carimbo

Telefones para contato: () _____

Local e Data

Anexo II

Avaliações

Avaliação Cardiológica

Nome completo do (a) paciente:

Descrição do Exame Físico:

Descrição da existência de doenças cardíacas e riscos cirúrgicos:

Resultado dos exames ECG, Teste Ergométrico, Ecocardiograma. Existem riscos ou contra indicações para realizar cirurgia bariátrica? Se sim, quais?

Nome Completo do médico:

Assinatura

CRM
Carimbo

Telefones para contato: () _____

Local e Data

Avaliação Endocrinológica

Você possui doenças endócrinas? Se sim, quais?

Descreva a evolução da obesidade nos últimos 02 (dois) anos e quais foram os tratamentos realizados:

Realizou os seguintes exames? Quais foram os resultados?

T3 () T4 () TSH () Hemoglobina Glicada ()

Há contraindicação para realização da cirurgia bariátrica? Se sim, quais?

Nome Completo do médico:

Assinatura

CRM
Carimbo

Telefones para contato: () _____

Local e Data

Avaliação Psicológica/Psiquiátrica

Nome completo do (a) paciente:

Descrição do Exame Físico:

Você apresenta algum desses diagnósticos? Marque um X na resposta.

	Sim	Não
Depressão		
Fobia		
Transtorno do pânico		
Anorexia		
Bulimia		
Compulsões alimentares		
Outros (especificar):		

Marque um X na resposta.

	Sim	Não
Faz psicoterapia atualmente?		
Faz uso de medicação psiquiátrica?		
Se sim, quais?		
Teve alguma internação psiquiátrica?		
Outros (especificar):		

Apresenta o uso ou abuso de álcool e/ou drogas?

Nome Completo do médico ou psicólogo:

Assinatura

CRM/CRP

Carimbo

Telefones para contato: () _____

Local e Data

ANEXO III

Diretriz de Utilização da ANS (DUT)

Anexo II da RN 338 vigente da DUT Cobertura Cirurgia de Obesidade - ANS

15. COLOCAÇÃO DE BANDA GÁSTRICA

1. Cobertura obrigatória para pacientes com idade entre 18 e 65 anos, com falha no tratamento clínico realizado por, pelo menos, 2 anos e obesidade mórbida instalada há mais de cinco anos, quando preenchido pelo menos um dos critérios listados no grupo I e nenhum dos critérios listados no grupo II:

Grupo I

- a. Índice de Massa Corpórea (IMC) entre 35 Kg/m² e 39,9 Kg/m², com co-morbidades (doenças agravadas pela obesidade e que melhoram quando a mesma é tratada de forma eficaz) que ameacem a vida (diabetes, ou apneia do sono, ou hipertensão arterial, ou dislipidemia, ou doença coronariana, ou osteoartrites, entre outras);
- b. IMC entre 40 Kg/m² e 50 Kg/m², com ou sem co-morbidade.

Grupo II

- a. pacientes com IMC superior a 50 kg/m²;
- b. pacientes psiquiátricos descompensados, especialmente aqueles com quadros psicóticos ou demenciais graves ou moderados (risco de suicídio);
- c. uso de álcool ou drogas ilícitas nos últimos 5 anos;
- d. hábito excessivo de comer doces.

25. GASTROPLASTIA (CIRURGIA BARIÁTRICA)

1. Cobertura obrigatória para pacientes com idade entre 18 e 65 anos, com falha no tratamento clínico realizado por, pelo menos, 2 anos e obesidade mórbida instalada há mais de cinco anos, quando preenchido pelo menos um dos critérios listados no grupo I e nenhum dos critérios listados no grupo II:

Grupo I

- a. Índice de Massa Corpórea (IMC) entre 35 Kg/m² e 39,9 Kg/m², com co-morbidades (doenças agravadas pela obesidade e que melhoram quando a mesma é tratada de forma eficaz) que ameacem a vida

(diabetes, ou apnéia do sono, ou hipertensão arterial, ou dislipidemia, ou doença coronariana, ou osteoartrites, entre outras);

b. IMC igual ou maior do que 40 Kg/m², com ou sem co-morbidades.

Grupo II

a. pacientes psiquiátricos descompensados, especialmente aqueles com quadros psicóticos ou demenciais graves ou moderados (risco de suicídio);

b. uso de álcool ou drogas ilícitas nos últimos 5 anos.