

NOME:
PESO PRÉ:

ALTURA:

IDADE:

Assinale os distúrbios presentes **antes** da cirurgia bariátrica:

- Hipertensão arterial; pressão arterial $\geq 140 \times 90$ mmHg
- Doença cardiovascular (doença coronariana, angina, insuficiência cardíaca)
- Dislipidemia (colesterol >200 mg/dl ou perfil lipídico anormal)
- Diabetes tipo II
- Apnéia do sono
- Osteoartrite ou artralguas
- Infertilidade

Caso você tenha um dos distúrbios acima, assinale abaixo no respectivo quadrado com "**C**", **se houve melhora completa** após a Cirurgia, ou assinale com "**P**", **se houve melhora parcial**. Caso **não tenha melhorado nada**, assinale com "**N**". Anote ao lado o mês em que houve a melhora.

- Hipertensão arterial sistêmica
- Doença cardiovascular
- Dislipidemia
- Diabetes Mellitus tipo II
- Síndrome da Apnéia e Hipopnéia Obstrutiva do sono
- Osteoartrite ou artralguas
- Infertilidade

Registre seu peso dos seguintes meses depois de operado(a):

1 mês _____	3 meses _____
6 meses _____	9 meses _____
12 meses _____	18 meses _____
2 anos _____	3 e mais anos _____

Quanto às queixas digestivas no **pré-operatório**, assinale:

- Sem queixas
- Pirose (azia, dor gástrica em "queimação") eventual
- Pirose uma vez por semana
- Pirose mais de vez por semana
- Pirose mais à noite
- Pirose mais durante o dia
- Dor ao engolir
- Dificuldade ao engolir, engasgos frequentes
- "Dor no estômago"

Quanto às queixas digestivas **após um ano de operado**, assinale:

- Sem queixas
 - Pirose (azia, dor em "queimação") eventual
 - Pirose uma vez por semana
 - Pirose mais de uma vez por semana
 - Pirose mais à noite
 - Pirose mais durante o dia
 - Dor ao engolir
 - Dificuldade ao engolir, engasgos freqüentes
- Vômitos: Diários Semanais Mensais Esporádicos
- "Dor no estômago"

Fez tratamento para infecção por *Helicobacter pylori*? Sim Não

Houve a necessidade de utilizar medicamentos como ranitidina, omeprazol, lansoprazol, pantoprazol, para aliviar sintomas gástricos? Se houve a necessidade cite o medicamento e quando o utilizou.