

MODELO DE RELATÓRIO MÉDICO

Preencha todos os campos. Itens com * são obrigatórios.

Nome completo*: _____ Data de Nascimento: _____

Diagnóstico principal (CID-10)*: _____

Diagnósticos secundários/comorbidades associadas: _____

Histórico Terapêutico

Tratamentos prévios, resposta terapêutica, eventos adversos, adesão e justificativa para a conduta atual.

Resumo do histórico*:

Dados Antropométricos e Exames*

Data	Peso	Altura	IMC

Critérios Clínicos para Tratamento**

Início do tratamento:

- Adultos com IMC ≥ 30 kg/m², ou
- IMC ≥ 27 kg/m² associado a comorbidades (p.ex., diabetes tipo 2, hipertensão, dislipidemia, apneia do sono), sempre como complemento à dieta e à prática de exercícios.

E/OU

Manutenção do tratamento:

- Redução mínima de 5% do peso inicial após o primeiro trimestre, com benefício clínico sustentado nas reavaliações.