

## 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  $\geq 30 \text{ kg/m}^2$ , ou
- IMC  $\geq 27 \text{ kg/m}^2$  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.