



RELATÓRIO MÉDICO – OBESIDADE – LIRAGLUTIDA

NOTA TÉCNICA N.º 1/2024



Nome:

DN:

Sexo: () Masc. () Fem.	SES:	CNS:	
Peso (Kg):	Altura (cm):	IMC:	Z score ou percentil IMC (se < 18 anos):

INCLUSÃO DE TRATAMENTO (Início de tratamento com liraglutida):

1) Apresentou comprovação de vínculo e acompanhamento na Unidade Básica de Saúde (UBS) de referência?

☐ Sim ☐ Não

2) Faz acompanhamento com equipe multiprofissional (assinalar profissionais)?

☐ Nutricionista ☐ Enfermeiro ☐ Psicólogo ☐ Fisioterapeuta

3) Paciente com idade maior que 12 e menor que 18 anos:

a) Assinalar o Z Score ou percentil do IMC do paciente:

☐ Z score IMC > +3 ou Percentil IMC > 99,9
☐ Z score IMC $\geq$ +2 e $\leq$ +3 ou Percentil IMC $\geq$ 97 e $\leq$ 99 com comorbidades

b) Assinalar comorbidades, se presentes:

☐ HAS ☐ Diabetes tipo 2 ☐ Dislipidemia
☐ Pré-diabetes ☐ Esteatose hepática

4) Paciente com idade $\geq$ 18 anos:

c) IMC $\geq$ 35:

☐ Sim ☐ Não

d) Evento cardiovascular prévio?

☐ Sim ☐ Não

e) Assinalar o evento prévio, se presente:

☐ Síndrome coronariana aguda: infarto agudo do miocárdio ou angina instável
☐ Acidente vascular cerebral aterotrombótico
☐ Revascularização coronariana, carotídea, renal ou periférica
☐ Insuficiência vascular periférica ou amputação de membros

f) Diagnóstico de Diabetes Tipo 2 (DM2)?

☐ Sim ☐ Não

g) Se diagnóstico de DM2, assinalar estratificadores de muito alto risco cardiovascular (EMAR) ou estratificadores de alto risco cardiovascular (EAR), se presentes:

EMAR:

☐ Estenose > 50% em qualquer território vascular.
☐ Retinopatia diabética não proliferativa moderada-severa ou severa, proliferativa ou evidência de progressão.
☐ Doença aterosclerótica significativa com evento cardiovascular prévio.

EAR:

- ☐ DM2 > 10 anos
- ☐ HAS
- ☐ Retinopatia diabética não proliferativa leve
- ☐ RAC entre 30 e 299 mg/g

5) Doença aterosclerótica subclínica (assinalar):

- ☐ Escore de cálcio > 10 U Agatston
- ☐ Placa em carótida
- ☐ ITB < 0,9
- ☐ Angiotomografia coronária computadorizada com placa aterosclerótica
- ☐ Aneurisma de aorta abdominal

6) O paciente apresenta alguma das condições abaixo?

- ☐ Gestante ou lactante
- ☐ História de pancreatite aguda ou crônica
- ☐ Gastroparesia diabética
- ☐ Submetidos à cirurgia bariátrica há < 18 meses
- ☐ Diagnóstico de Carcinoma Medular da Tireoide
- ☐ Insuficiência hepática (pontuação de Child Pugh > 9)
- ☐ Doença inflamatória intestinal
- ☐ Insuficiência renal (Cl Cr < 30 mL/min)
- ☐ Insuficiência cardíaca congestiva NYHA classe IV

Prescritor, TODOS os itens deste formulário devem ser preenchidos para evitar pendências e consequente atraso na disponibilização do tratamento do paciente.

Data: ____ / ____ / ____ . Médico Assistente: _____ (Assinatura e carimbo)