

**Dados**

Paciente:

Idade:

Empresa: ABC Endoscopia Ltda - ME

Whatsapp: (11) 99887-9151

Data:

RECEITUÁRIO

Encaminhamento ao colega Psicólogo(a):

Solicito avaliação, **liberação** e **acompanhamento** para o(a) paciente supracitado(a) que será submetido(a) ao procedimento de implante de Balão Intragástrico como auxiliador para o novo estilo de vida.

Constar no relatório de liberação:

1- Que o adolescente em questão compreende e se mostra colaborativo com as mudanças.

2- Que o adolescente tem ciência que passará por um processo de adaptação de desconforto, dores e vômitos nos primeiros dias, mas que pode desistir a qualquer momento.

3- Que o adolescente compreende que há um período de adaptação na dieta nos primeiros 30 dias.

4- Que o adolescente passou em ao menos 4 sessões e, posteriormente houve uma devolutiva aos pais ou tutores.

5- Que os pais ou tutores compreendem a necessidade de manter o apoio a ele e que se comprometem a fazer todo o possível para que o adolescente continue a terapia.

6- Que os pais ou tutores aparentam ser conscientes do problema ou que caso seja indicado terapia a eles também estejam dispostos a realizá-las.

Atenciosamente,

Dr. Marcio Lamas Lopes
CRM-SP 133420
Cel: (11) 98409-6670

Dr. Rodrigo Porphirio Sant'ana
CRM-SP 114910
Cel: (11) 99952-4430