**RELATÓRIO PSICOLÓGICO PARA PROCEDIMENTO DE GASTROPLASTIA**

Este documento possui caráter sigiloso e se trata de documento extrajudicial, não podendo ser utilizado para fins diferentes da devolutiva ao médico responsável pelo encaminhamento, não se responsabilizando o profissional pelo uso dado por parte da pessoa após a entrega deste quando por solicitação pessoal.

**I. IDENTIFICAÇÃO**

**Nome**:

**Idade:**

**Profissional responsável:**

**Médico solicitante**:

**Data de início do acompanhamento:**

**Data de término do acompanhamento**:

**II. DESCRIÇÃO DA DEMANDA**

Procedimento de gastroplastia - bariátrica

**III. ANÁLISE/CONCLUSÃO**

 A Sra. XXXXXX ,solicitante e principal interessada na realização do procedimento de Gastroplastia (Bariátrica), foi encaminhada para a realização de avaliação psicológica antes da execução do procedimento médico. Foram realizados XXXX atendimentos psicológicos para basear o presente informativo.

 A avaliada demonstrou conhecimento suficiente sobre o procedimento ao qual deseja se submeter, demonstrando conhecer os riscos da cirurgia, possíveis efeitos colaterais, dificuldades de sua reversão e conhecimento de opções de contracepção reversíveis existentes.

 Os atendimentos tiveram os objetivos de instigar reflexões sobre futuros arrependimentos após procedimento e de analisar se a decisão tomada foi construída racionalmente sem interferência de condições emocionais determinadas por adoecimento mental, bem como não mobilizada por impulsividade injustificada e/ou, ainda, somente por fatores circunstanciais da situação de vida presente do paciente. Sendo assim, observei que as justificativas da Sra. XXXXX para a solicitação do procedimento de Gastroplastia demonstraram consistência e coerência. Suas respostas indicaram compreensão sobre a possibilidade de irreversibilidade do procedimento solicitado, tendo a paciente assumido responsabilização pela decisão formulada.

Atenciosamente,

À disposição para esclarecimentos.

 **---------------------------------, ----- de-------------------------de ----------------.**

**Assinatura**

**Nome do psicólogo**

**CRP**

**email**

**telefone**