

Hemodinâmica / Radiologia Intervencionista

Prezado Doutor(a) \_\_\_\_\_

O Hospital 9 de Julho, representado pela Diretoria Técnica, apresenta e concede o escopo de sua atuação médica abaixo relacionado, dentro de sua especialidade comprovada Radiologia Intervencionista e sua formação/habilitação/certificação evidenciadas por meio dos documentos apresentados e os procedimentos realizados na Instituição, segundo a Tabela AMB (Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos – 2012).

Qualificações Básicas (cópias dos documentos em anexo)

- Diploma Registrado (frente e verso)
- Certificado de Especialização e/ou Título de Residência Médica devidamente reconhecidos e registrados (frente e verso)
- Currículo atualizado, com duas páginas.

**Gerais**

- Assistência Clínica ( ) sim ( ) não
- Prescrição médica ( ) sim ( ) não
- Consultas ( ) sim ( ) não
- Internação dos pacientes ( ) sim ( ) não
- Solicitar exames laboratoriais e de imagem ( ) sim ( ) não
- Assistência ao paciente adulto ( ) sim ( ) não

**Específico**

- Arteriografia hipogástrica ( ) sim ( ) não
- Arteriografia renal ( ) sim ( ) não
- Colangiografia transcutânea ( ) sim ( ) não
- Colocação de prótese biliar ( ) sim ( ) não
- Colangiografia transhepática ( ) sim ( ) não
- Dilatação percutânea de estenose biliar cicatricial ( ) sim ( ) não
- Drenagem biliar percutânea interna e externa ( ) sim ( ) não
- Embolização arterial de hemorragia digestiva ( ) sim ( ) não
- Drenagem de coleções viscerais ou cavitárias percutâneas ( ) sim ( ) não
- Embolectomia periférica ( ) sim ( ) não
- Embolização de artéria uterina para tratamento de mioma ( ) sim ( ) não
- Embolização de próstata ( ) sim ( ) não
- Quimioembolização hepática ( ) sim ( ) não
- Portografia transhepática ( ) sim ( ) não
- Embolização de varizes esofágica ( ) sim ( ) não
- Tratamento percutâneo de Aneurisma de artérias viscerais (esplênica, renal e hepática) ( ) sim ( ) não
- Implante de TIPS ( ) sim ( ) não
- Passagem de Swan Ganz para medidas de pressão ( ) sim ( ) não
- Embolização de tumores viscerais ( ) sim ( ) não

**Ciência do Médico**

Declaro estar de acordo com a política de segurança e de qualidade da instituição, entendendo ser minha prática médica de rotina no H9J restrita a estas permissões solicitadas, salvo situações de emergência devidamente justificadas.

Declaro também respeitar e obedecer ao Regimento Interno do Corpo Clínico do hospital, bem como às normas técnicas e ao Código de Ética Médica aprovados pelo Conselho Regional de Medicina.

Assinatura e Carimbo do Médico: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

**Aprovação da Diretoria Técnica**

Diante das permissões solicitadas e tendo revisto os documentos anexados, recomendo a concessão de todos os privilégios descritos acima, sem prejuízo da responsabilidade profissional do médico e de suas implicações legais.

Diretor Técnico do H9J: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_