

Hemodinâmica/ Cirurgia Endovascular

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 Cirurgia Endovascular 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 seletiva de membro superior ou inferior () sim () não
- Arteriografia hipogástrica () sim () não
- Arteriografia renal () sim () não
- Cavografia inferior ou superior () sim () não
- Colocação de filtro de veia cava () sim () não
- Trombectomia arterial ou venosa () sim () não
- Embolização percutânea de fístula arterio-venosa periférica () sim () não
- Flebografia de membros () sim () não
- Implante de cateter venoso central () sim () não
- Implante de endoprótese em aneurisma de aorta abdominal ou torácica () sim () não
- Infusão seletiva intravascular periférica de enzimas trombolíticas () sim () não
- Retirada percutânea de corpo estranho no sistema circulatório () sim () não
- Tratamento de hemoptise por embolização () sim () não
- Embolização arterial de hemorragia digestiva () sim () não
- Implante de Port-cath () sim () não
- Implante de cateter de longa permanência () sim () não
- Tratamento percutâneo de Aneurisma de artérias viscerais(esplênica,renal e hepática) () 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: ___/___/_____