

Especialidades Cirúrgicas/ Neurocirurgia

Prezado Doutor(a) _____

O Hospital 9 de Julho, representado pela Diretoria Técnica, apresenta e concede o escopo de sua atuação médica abaixo relacionada, dentro de sua especialidade comprovada Neurocirurgia 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

- Abscesso Cerebral: craniotomia () sim () não
- Abscesso epidural: laminectomia () sim () não
- Adenoma da paratireóide – Ressecção () sim () não
- Afundamento do seio frontal: tratamento cirúrgico () sim () não
- Aracnoidite espinhal: laminectomia () sim () não
- Artrodese da Coluna () sim () não
- Coagulação de Substância Gelatinosa () sim () não
- Cordotomia () sim () não
- Craniotomia Exploradora com ou sem biópsia () sim () não
- Derivação lombo peritoneal () sim () não
- Derivação ventrículo atrial com sistema () sim () não
- Descompressão medular/ neurovascular () sim () não
- Drenagem Esteriotóxica-cisto, hematoma () sim () não
- Drenagem ventricular continuada (diária) () sim () não
- Enopsia cerebral Esterotaxiza () sim () não
- Epilepsia: tratamento cirúrgico com eletrodo () sim () não
- Fístula liquórica: tratamento cirúrgico () sim () não
- Hematoma extradural e subdural(aguda e crônico): tratamento cirúrgico () sim () não
- Hérnia discal – tratamento cirúrgico () sim () não
- Hipofisectomiacirúrgica () sim () não
- Implante de eletrodo cerebral profundo () sim () não
- Implante de gerador para neuro-estimulação () sim () não
- Laminectomia Exploradora () sim () não
- Ligadura de Carótida () sim () não
- Nervos – Exploração cirúrgica () sim () não
- Neurotripsia () sim () não
- Revisão e derivação atrial ou peritoneal () sim () não
- Rizotomias Percutâneas () sim () não
- Trepanação para drenagem de abscesso () sim () não
- Tumores cerebrais () 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: ___/___/_____