

Especialidades Cirúrgicas/ Oftalmologia

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 Cirurgia de Oftalmologia 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

- Biópsia conjuntiva/ de músculo/ pálpebra () sim () não
- Blefaroplastia () sim () não
- Blefarorrafia definitiva () sim () não
- Calázio () sim () não
- Cantoplastia lateral () sim () não
- Cirurgias antiglaucomatosas () sim () não
- Corpo estranho-retirada () sim () não
- Dacriocistorrinostomia () sim () não
- Dermatocalaze ou blefarocalaze () sim () não
- Descompressão de órbita () sim () não
- Ectrópio () sim () não
- Entropio () sim () não
- Enucleação com/sem implante ou evisceração () sim () não
- Estrabismo (inclusive bilateral) () sim () não
- Facetomia com/sem implante de lente intra-ocular () sim () não
- Fechamento dos pontos lacrimais () sim () não
- Fotocoagulação de retina () sim () não
- Implante de silicone intra-vitreo () sim () não
- Implante secundário de lente intra-ocular () sim () não
- Pterigio – exérese () sim () não
- Ptose () sim () não
- Reconstrução de conjuntiva/ pálpebra/ vias lacrimais/ globo ocular/ paredes orbitárias () sim () não
- Retirada de corpo estranho da câmara anterior () sim () não
- Retinopexia pneumática/profilática (criopexia) () sim () não
- Retração palpebral () sim () não
- Sondagem das vias lacrimais () sim () não
- Sutura da conjuntiva/da córnea () sim () não
- Tumor da conjuntiva/ pálpebra/ órbita – exérese () sim () não
- Vitrectomia () sim () não

Procedimentos realizados no consultório:

- Biometria ultrassônica () sim () não
- Biomicroscopia de fundo () sim () não
- Gonioscopia () sim () não
- Mapeamento de Retina () sim () não
- Paquimetria ultrassônica () sim () não
- Retinografia () sim () não
- Teste de lente de contato () sim () não
- Tonometria de aplanção () sim () não
- Topografia computadorizada da córnea () sim () não

FORMULÁRIO PARA SOLICITAÇÃO DO EXERCÍCIO DA MEDICINA NO H9J

Especialidades Cirúrgicas/ Oftalmologia

Específico

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: ___/___/_____