

Especialidades Clínicas/ Oxigenoterapia Hiperbárica

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 Oxigenoterapia Hiperbárica 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

- Embolia de ar ou gás () sim () não
- Envenenamento por monóxido de carbono e inalação de fumaça () sim () não
- Clostridialmionecrose (gangrena gasosa) () sim () não
- Lesão por esmagamento, síndrome compartimental, e aguda isquemia traumática a doença da descompressão () sim () não
- Melhoria da cicatrização em feridas de problemas selecionados () sim () não
- Perda de sangue excepcional (anemia) () sim () não
- Infecções necrotizantes de tecidos moles (tecido subcutâneo, músculos, fáscias) () sim () não
- Osteomielite (refratário) () sim () não
- Danos de radiação do tecido (osteorradiationecrose) () sim () não
- Enxertos de pele e retalhos (comprometido) () sim () não
- Queimaduras térmicas () sim () não
- Oxigenoterapia hiperbárica adjuvante em abscesso intracraniano () sim () não
- Emergência miringotomia () sim () não
- Gestão de pneumotórax hipertensivo por descompressão de agulha (needledecompression)

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: ___/___/_____