

Especialidades Cirúrgicas/ Pediatria

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 Pediatria 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 pediátrico e adolescente () sim () não

Específico

- Abscesso perineal pediátrico e subfêrnico – tratamento cirúrgico () sim () não
- Ampliação vesical – cirurgia () sim () não
- Apêndice pré - auricular () sim () não
- Atresia do cólon, duodeno, esôfago (com fístula traqueal e sem fístula), jejunal (distal ou ileal e proximal) e vias biliares pediátrica - tratamento cirúrgico () sim () não
- Anomalia /anorretal – correção via sagital posterior, tratamento cirúrgico via perineal e abdomino perineal () sim () não
- Anorretomiectomia () sim () não
- Apple-Peel – tratamento cirúrgico () sim () não
- Cisto mesentérico e de colédoco - tratamento cirúrgico () sim () não
- Cisto ou duplicação brônquica ou esofágica – tratamento cirúrgico () sim () não
- Cisto pulmonar congênito – tratamento cirúrgico () sim () não
- Cisto tireoglossal () sim () não
- Cistostomia com procedimento endoscópico () sim () não
- Clitoridoplastia () sim () não
- Colostomia () sim () não
- Criptorquidia () sim () não
- Derivação porto sistêmica () sim () não
- Desconexão ázigos-portal com e sem esplenectomia () sim () não
- Dissecção de veia/colocação de cateter central NPP ou QT () sim () não
- Divertículo de Meckel pediátrica – exérese () sim () não
- Doença de Hodgkin – estadiamento cirúrgico () sim () não
- Drenagem pleural () sim () não
- Duplicação do tubo digestivo – tratamento cirúrgico () sim () não
- Duplicação pielouretral – tratamento cirúrgico () sim () não
- Estenose de junção pielouretral – tratamento cirúrgico () sim () não
- Enterectomia pediátrica () sim () não
- Enterostomia pediátrica - fechamento () sim () não
- Eventração diafragmática – tratamento cirúrgico () sim () não
- Escroto agudo - cirúrgico () sim () não
- Esporão retal – plástica () sim () não
- Estenose de Esôfago – tratamento cirúrgico via torácica () sim () não
- Extrofia em cloaca e vesical – tratamento cirúrgico () sim () não
- Fístula Traqueo Esofágica – tratamento cirúrgico via cervical e torácica () sim () não
- Fístula e Cisto Braquiais () sim () não
- Gastrostomia com sutura de varizes, em RN e lactente, para retirada de CE ou lesão isolada () sim () não
- Freio balano prepúcia I- plástica () sim () não
- Hemangiomas profundos - - tratamento cirúrgico () sim () não
- Hérnia inguinal encarcerada – cirúrgico () sim () não
- Hérnia diafragmática congênita – tratamento cirúrgico () sim () não
- Higroma cístico no RN e lactente () sim () não
- Hipoglicemia – tratamento cirúrgico () sim () não

FORMULÁRIO PARA SOLICITAÇÃO DO EXERCÍCIO DA MEDICINA NO H9J

Especialidades Cirúrgicas/ Pediatria

Hipospádia distal e proximal - 1 tempo () sim () não
Histerectomia abdominal () sim () não
Ileo meconial – tratamento cirúrgico () sim () não
Invaginação intestinal - ressecção () sim () não
Laparotomia c/biopsia () sim () não
Lobectomia por má-formação pulmonar () sim () não
Má-rotação intestinal – tratamento cirúrgico () sim () não
Megacolon congênito – tratamento cirúrgico () sim () não
Megaesôfago – tratamento cirúrgico () sim () não
Membrana antral e duodenal pediátrica – tratamento cirúrgico () sim () não
Nefrectomia parcial com ureterectomia () sim () não
Neo vagina (côlon, delgado, tubo de pele) () sim () não
Neuroblastoma abdominal e cervical – exérese () sim () não
Obstrução por bridas pediátrico – tratamento cirúrgico () sim () não
Onfalocel/gastrosquise – 1º e 2º tempo – tratamento cirúrgico () sim () não
Pâncreas anular – tratamento cirúrgico () sim () não
Pênis curvo congênito () sim () não
Perfuração duodenal ou delgado – tratamento cirúrgico () sim () não
Pieloplastia no lactente () sim () não
Pilorotomia () sim () não
Pólipo Retal – Ressecção Endoanal () sim () não
Prolapso retal – tratamento cirúrgico e esclerose () sim () não
Pseudo Cisto Pâncreas – drenagem interna e externa () sim () não
Punção pleural () sim () não
Refluxo Gastro esofágico – tratamento cirúrgico () sim () não
Reconstrução de pênis com enxerto – plástica total () sim () não
Reimplante uretral por via combinada uni/bilateral, via extravescical uni/bilateral, via transvesical uni/bilateral () sim () não
Seio urogenital – plástica () sim () não
Substituição esofágica – cólon ou tubo gástrico () sim () não
Teratoma cervical e sacro-coccígeo (exerese) () sim () não
Toracotomia com biópsia () sim () não
Torcicolo congênito – tratamento cirúrgico () sim () não
Transuretero anastomose () sim () não
Tu partes moles - exerese () sim () não
Tumor de parede torácica - exerese () sim () não
Tumor de língua - cirúrgico () sim () não
Tumor de testículos - ressecção () sim () não
Tumor Wilms – tratamento cirúrgico () sim () não
Ureteroceles – tratamento endoscópico () sim () não
Uretrocistoscopia com ou sem biopsia () sim () não
Uretrotomia endoscópica () sim () não
Uretro-utero anastomose () sim () não
Vesicostomia Cutânea () sim () não
Procedimentos Laparoscópicos e Toracoscópicos () 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: ___/___/_____