

Terapia intensiva

Prezado Doutor(a) \_\_\_\_\_

O Hospital 9 de Julho, representado pela Diretoria Técnica, apresenta e concede o escopo de sua atuação médica abaixo, relacionados dentro de sua especialidade comprovada Intensivista 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 ( ) sim ( ) não

**Específico**

- Realização e interpretação de ECG ( ) sim ( ) não
  - Pericardiocentese ( ) sim ( ) não
  - Terapia trombolítica química ( ) sim ( ) não
  - Cardioversão elétrica / desfibrilação ( ) sim ( ) não
  - Colocação de marcapasso temporário ( ) sim ( ) não
  - Acesso arterial e venoso periférico e central ( ) sim ( ) não
  - Ecocardiograma para avaliar volemia e pericárdio ( ) sim ( ) não
  - Monitorização hemodinâmica invasiva ( ) sim ( ) não
  - Drenagem torácica e toracocentese ( ) sim ( ) não
  - Medidas para garantir provisória ou definitivamente a permeabilidade vias aéreas, exceto traqueostomia cirúrgica. ( ) sim ( ) não
  - Indicar e gerenciar a ventilação mecânica ( ) sim ( ) não
  - Indicar e gerenciar a sedação e analgesia, incluindo o BIS ( ) sim ( ) não
  - Indicar e gerenciar a hipotermia terapêutica ( ) sim ( ) não
  - Indicar e gerenciar monitorização neurológica invasiva ( ) sim ( ) não
  - Paracentese ( ) sim ( ) não
  - Monitorização da pressão intra-abdominal e gerenciamento. ( ) sim ( ) não
  - FAST: Ultrassonografia para avaliar líquido/ sangue na cavidade abdominal e pericárdio em trauma ( ) sim ( ) não
  - Ultrassonografia para acesso vascular ( ) sim ( ) não
  - Indicar e gerenciar terapia nutricional ( ) 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: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_