

Especialidades Cirúrgicas/ Urologia

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 Urologia 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 renal ou peri-renal - drenagem cirúrgica ou percutânea () sim () não
- Adrenalectomia laparoscópica () sim () não
- Biopsia do testículo/ da bolsa escrotal/ do ureter/ do pênis/ da próstata e da vesícula () sim () não
- Biopsia endoscópica do ureter e da bexiga e biopsia renal cirúrgica e por punção () sim () não
- Cálculo/corpo estranho uretra - extração cirúrgica e endoscópica () sim () não
- Cateterismo ureteral/uretral e vesical evacuador () sim () não
- Cistolitotripsia extracorpórea/ percutânea/ transcistoscópica e transuretral (US, EH e EC) () sim () não
- Cistoscopia: com prova de função/ cirúrgica e por punção com trocarer () sim () não
- Colo vesical: ressecção endoscopia () sim () não
- Colocação cirúrgica/endoscópica/nefrocópica/ureteroscópica de duplo J () sim () não
- Desbloqueio Endoscópico Do ureter unilateral/bilateral () sim () não
- Dilatação endoscópica Do ureter unilateral/bilateral () sim () não
- Doença de pyrone - tratamento cirúrgico () sim () não
- Drenagem abscesso loja renal/ bolsa escrotal () sim () não
- Eletrocoagulação de lesões cutâneas – pênis () sim () não
- Hidrocele unilateral/bilateral - correção cirúrgica () sim () não
- Hispospádia () sim () não
- Implante de prótese ureteral cirúrgico () sim () não
- Incontinência urinária - tratamento cirúrgico e endoscópico () sim () não
- Linfadenectomia inguinal ou ilíaca/ pélvica/ retroperitoneal/ retroperitoneal laparoscópica () sim () não
- Litotripsia ultrassônica de bexiga/rim/ureter () sim () não
- Nefrectomia unilateral/bilateral/parcial/radical/total () sim () não
- Nefrolitotripsia percutânea (MEC, EH, US) () sim () não
- Nefrostomia cirúrgica e por punção () sim () não
- Orquidopexia unilateral/bilateral () sim () não
- Orquiectomia unilateral/bilateral () sim () não
- Pieloplastia () sim () não
- Plástica de corpo cavernoso/ de bolsa escrotal () sim () não
- Postectomia () sim () não
- Próstata-vesiculectomia radical () sim () não
- Ressecção Endoscópica da próstata () sim () não
- Rtu próstata () sim () não
- Tumor vesical: Ressecção endoscópica () sim () não
- Ureterolitotripsia extracorpórea/ transnefrocópica/ transureteroscópica () sim () não
- Ureteroscopia () sim () não
- Uretroplastia anterior/ posterior () sim () não
- Varicocele unilateral/ bilateral - correção cirúrgica () sim () não
- Vasectomia unilateral/ bilateral () sim () não

FORMULÁRIO PARA SOLICITAÇÃO DO EXERCÍCIO DA MEDICINA NO H9J

Especialidades Cirúrgicas/ Urologia

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: ___/___/_____