OUTORGA PROFISSIONAIS MÉDICOS AACD

NOME DO MÉDICO: CRM/SP: ESPECIALIDADE:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Solicitado** | **Concedido** | **Negado** | **Privilégio** | |
|  |  |  | Privilégios cirúrgicos ortopédicos: este privilégio inclui a capacidade de assistir/realizar cirurgias ortopédicas, exceto cirurgias de mão e cirurgias de coluna. | |
|  |  |  | Privilégios cirúrgicos ortopédicos de coluna: este privilégio inclui a capacidade de assistir/realizar cirurgias ortopédicas de coluna, devendo ter a titulação correspondente. | |
|  |  |  | Privilégios cirúrgicos de mão: este privilégio inclui a capacidade de realizar/assistir cirurgias de mão, devendo ter a titulação corresponde. | |
|  |  |  | Privilégios cirúrgicos de Neurocirurgia Funcional: esse privilégio inclui a capacidade de realizar cirurgias de Neurocirurgia Funcional. | |
|  |  |  | Privilégios cirúrgicos de Neurocirurgia – Coluna/Crânio: este privilégio inclui a capacidade de realizar/assistir cirurgias de crânio e coluna, sendo na especialidade de neurocirurgia. | |
|  |  |  | Neurofisiologia clínica/potencial evocado: este privilégio inclui a capacidade de realizar procedimentos de neurofisiologia clínica e potencial evocado, devendo ter a titulação correspondente. | |
|  |  |  | Privilégios cirúrgicos diversos: este privilégio inclui a capacidade de realizar procedimentos cirúrgicos diversos nas especialidades:  ( ) Cirurgião-dentista ( ) Cirurgião Buco-Maxilo-Facial ( ) Urologia ( ) Gastroenterologia  ( ) Otorrinolaringologia ( ) Cirurgia geral ( ) Oftalmo  ( ) Outros: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |
|  |  |  | Privilégio de coberturas/visitas médicas: este privilégio inclui a capacidade de avaliar pacientes nas especialidades:  ( ) Cardiologia pediátrica ( ) Cardiologia adulto ( ) Cirurgia geral  ( ) Cirurgia pediátrica ( ) Cirurgia plástica ( ) Cirurgia tórax  ( ) Nefrologia ( ) Cirurgia vascular ( ) Hematologia ( ) Infectologia  ( ) Hemodiálise ( ) Neurologia pediátrica ( ) Neurologia clínica  ( ) Neurocirurgia ( ) Urologia ( ) Pneumologia ( ) Otorrinolaringologia  ( ) Punção lombar/liquor ( ) Clínico ( ) Passagem de cateter venoso central  ( ) Drenagem de tórax ( ) Endoscopia  ( ) Outras: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |
|  |  |  | Toxina botulínica: este privilégio inclui a capacidade de realizar aplicação de toxina botulínica. | |
|  |  |  | Privilégios clínicos principais para adultos /pediatria: estes privilégios incluem a capacidade para admitir, tratar e dar alta a pacientes incluindo pacientes de reabilitação. | |
|  |  |  | Anestesiologia | |
|  |  |  | Laudar exames: ( ) Radiologia ( ) Laboratório de marcha  ( ) Ecocardiograma ( ) Urodinâmica ( ) Eletroneuromiografia  ( ) Ecocardiograma ( ) Outros: | |
|  |  |  | Plantões da Unidade de Terapia Intensiva / Unidade de Internação adulto e pediátrica. | |
|  |  |  | SCIH: este privilégio inclui a capacidade de coordenar o Serviço de Controle de Infecção Hospitalar. | |
|  |  |  | Privilégios de Médico Auditor. | |
|  |  |  | Médico Fisiatra: este privilégio inclui a capacidade de admitir, tratar e dar alta a pacientes clínicos adultos e pediátricos, incluindo pacientes da reabilitação, e realizar procedimentos especiais. | |
|  | | |  | |
| Critérios principais para a concessão de privilégios: conclusão do programa de residência e/ou especialização e/ou título de especialista. | | | | Documentos comprovatórios:   * Certificado de Conclusão de Curso de medicina / odontologia * Certificado de Conclusão de Residência e/ou Curso de Especialização * Título de Especialista * Experiência Comprovada (Relatório de Cirurgias realizadas em outras instituições). |
| Declaro que li e entendi os critérios para a concessão de privilégios principais e especiais e, ao solicitar os privilégios mencionados acima, confirmo que tenho experiência e/ou treinamento adequado.  Data: / / \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Assinatura e Carimbo do Médico | | | | |

Revisei a documentação apresentada pelo candidato para dar suporte à solicitação de privilégios complementares:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  | Recomendo a concessão desses privilégios solicitados |
|  |  |  | Recomendo que esses privilégios NÃO sejam concedidos |
|  |  |  | Recomendo que esses privilégios sejam concedidos nas seguintes condições abaixo: |

Data: / / \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Assinatura da Comissão de Credenciamento