



Nome: _____

CRM: _____

Eu requisito meu credenciamento na especialidade de Radiologia e Diagnóstico por Imagem

Pré Requisitos

Residência médica credenciada e/ou título de especialista ou estágio de no mínimo 3 anos em instituição reconhecida e aprovada pelo Colégio Brasileiro de Radiologia

Habilidades básicas

Avaliar e diagnosticar pacientes clínicos e cirúrgicos. Habilidades incluem avaliação diagnóstica e realização de procedimentos básicos. Prescrição de agentes de diagnóstico, analgésicos* e antipiréticos, antídotos, antimicrobianos, anti-inflamatórios, anestésicos locais, soluções e eletrólitos e medicamentos relacionados aos sistemas cardiovascular, circulatório, hematopoiético, dermatológicos, sistema digestivo e metabolismo, sistema imunológico, sistema músculo esquelético*, sistema nervoso*, sistema renal e urinário e sistema respiratório.

*exceto propofol, fentanil endovenoso, midazolam endovenoso e diazepam endovenoso.

Habilidades Específicas

Ecocardiograma de repouso e/ou de esforço () sim () não
Endoscopia Digestiva diagnóstica e/ou terapêutica () sim () não
Endoscopia Respiratória diagnóstica e/ou terapêutica () sim () não
Exames contrastados () sim () não
Ultrassonografia () sim () não
Punções e biópsias guiadas por métodos de imagem () sim () não
Ressonância Magnética () sim () não
Tomografia Computadorizada () sim () não
Outros: _____

Eu requisito meu credenciamento para as seguintes habilidades especiais:

Habilidade	Data da requisição	Pré-requisito	Comprovante
() Procedimentos endovasculares terapêuticos fora do sistema nervoso central	___/___/___	Certificado de Especialização	Sim () Não ()
() Procedimentos endovasculares no sistema nervoso central	___/___/___	Certificado de Especialização	Sim () Não ()
() Biópsia guiada por imagem	___/___/___	Experiência de pelo menos 50 procedimentos prévios	Sim () Não ()
() Embolização	___/___/___	Experiência de pelo menos 50 procedimentos prévios	Sim () Não ()
() Angiografia digital	___/___/___	Certificado de Especialização	Sim () Não ()

Informações importantes

O Hospital BP Mirante não aceita para internação e realização de exames pacientes com idade abaixo de 12 anos e/ou gestantes acima de 20 semanas de gestação

Declaro para os devidos fins que assumo toda a responsabilidade pelas informações fornecidas. Autorizo a Comissão de Credenciamento de pesquisar na fonte a veracidade dos documentos por mim apresentados.

Local e data:

_____, _____, _____. _____

ASSINATURA E CARIMBO

A habilidade poderá ser reavaliada por solicitação do médico, pela avaliação de desempenho ou determinada por autoridades competentes.