

ANEXO II

Cadastro de Instituições e Médicos no CFM para Embolização de Próstata e Acompanhamento de Pacientes

1. Atributos (Instituição e Responsáveis):

Responsável pelas informações: **Diretor Técnico da Instituição**

Instituição:

Nome:

Registro no CRM: ____/____ (CRM/UF)

Número CNES:

Endereço: CEP:

Logradouro:

Complemento:

Número:

Bairro:

UF/Município:

Telefone: (____) ____-____

(DDD/Telefone)

Documentação:

Data de validade do Certificado (CRM):

Alvará Sanitário: _____ - ____/____/____ (Número - data)

Equipamentos de Intervenção (Especificações do Equipamento):

() Angiógrafo com subtração digital fixo com software de tomografia computadorizada rotacional (CONE BEAM CT)

() Tubos endotraqueais

- () Sondas para aspiração
- () Seringas, agulhas e equipo para aplicação endovenosa
- () Ressuscitador (manual do tipo balão auto inflável com reservatório e máscara)
- () Oxímetro
- () Oxigênio com máscara aplicadora e umidificador

- () Medicamentos para atendimento de parada cardiorrespiratória e anafilaxia
- () Máscara laríngea
- () Laringoscópio com lâminas adequadas
- () EPI para atendimento das intercorrências
- () Desfibrilador com monitor
- () Cânulas naso ou orofaríngeas
- () Cânulas endotraqueais
- () Aspirador de secreções

Diretor Técnico:

Registro no CRM: ____/____ (CRM/UF)

Nome:

CPF:

CNES:

Data de início na função:

Responsável Técnico do Serviço:

Registro no CRM: ____/____ (CRM/UF)

Nome:

CPF:

CNES:

Especialidade:

RQE: _____ - __/__/____ (Número - data)

Data de início na função:

Urologista Responsável:

Registro no CRM: ____/____ (CRM/UF)

Nome:

CPF:

CNES:

Especialidade:

RQE: _____ - __/__/____ (Número - data)

Data de início na função:

2. Atributos (Médicos Radiologistas Intervencionistas Credenciados no Serviço para o procedimento de Embolização de Próstata)

Responsável pelas informações: **Diretor Técnico da Instituição**

Registro no CRM: ____/____ (CRM/UF)

Nome:

CPF:

CNES:

Especialidade:

RQE: _____ - __/__/____ (Número - data)

Data de entrada no corpo clínico: __/__/____

Certificado de Treinamento específico em Embolização Prostática (anexar)

3. Atributos (Paciente)

Responsável pelas informações: **Radiologista Intervencionista**

Nome:

CPF:

RG:

SEXO: (Masculino / Feminino)

Email:

Data de nascimento:

Estado Civil: (Solteiro / Casado / Viúvo / Separado judicialmente / Divorciado / Marital)

Raça: (Branca / Morena / Parda / Negra / Amarela / Indígena)

Nome do Pai:

Nome da Mãe:

Nacionalidade:

Endereço:

CEP:

Logradouro:

Complemento:

Número:

Bairro:

UF/Município:

Telefone: (__) ____-____ (DDD/Telefone fixo)

Telefone: (__) ____-____ (DDD/Telefone celular)

4. Atributos (Pré-Operatório)

Responsável pelas informações: **Radiologista Intervencionista**

Urologista que indicou o procedimento:

Registro no CRM: ____/____ (CRM/UF)

Nome:

Comorbidades:

() HAS

- DM
 - DPOC
 - Dislipidemia
 - Obesidade
 - Outras _____
-
-
-

Avaliação dos sintomas clínicos (IPSS > 7) por 6 meses antes do procedimento.

Uréia: _____mg/dL

Creatinina: _____mg/dL

PSA Total: _____ ng/dL

PSA Livre: _____ ng/dL

EAS:

Leucocitúria

Hematúria

Urocultura: ____ (+ / -)

Ressonância Magnética:

Sugestiva para Neoplasia

Volume prostático: _____ g

Biópsia Prostática: (anexar exame)

Data: __/__/____

HPB

Neoplasia

Estudo Urodinâmico:

Fluxo urinário: _____ mL/seg

Disfunção Vesical

Ultrassonografia de Vias Urinárias:

Volume Prostático: _____ g

Resíduo pós-miccional: _____ mL

Divertículo

Cálculos de Bexiga

Paciente refratário ao tratamento medicamentoso para HPB ou a medicação foi contraindicada, não tolerada ou recusada.

UDN compatível com obstrução infra vesical.

Prostatite ou infecção ativa do trato urinário.

Doença neurológica com impacto sobre o funcionamento da bexiga.

Cirurgia ou intervenção prévia para HPB.

Estenose uretral ou obstrução urinária devido a outras causas.

Consentimento Informado Livre e Esclarecido assinado.

5. Atributos (Procedimento)

Responsável pelas informações: **Radiologista Intervencionista**

Data da realização do procedimento: __/__/____

Comentários: _____

Complicações:

Hematoquezia

Hematúria

Hematospermia

Infecção urinária

- Retenção urinária Febre
 Diminuição do volume ejaculado
 Outras _____
-
-
-

6. Acompanhamento Pós Procedimento

Responsável pelas informações: **Radiologista Intervencionista**

Períodos: Entre 3 e 6 meses / 12 meses / 24 meses / 36 meses /
48 meses / 60 meses.

- Melhora dos sintomas clínicos avaliados
pelo IPSS. Disfunção vesical.
 Divertículo
 Cálculos de bexiga

IPSS: _____mL/seg Fluxo Urinário: _____
mL/seg Volume prostático: _____ g Resíduo
pós-miccional: ___mL PSA Total: _____
ng/dL PSA Livre: _____ ng/dL