

## 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