

Nome:

Data de nascimento:

CPF:

Cidade e estado onde nasceu:

Faculdade e ano onde fez a graduação em Medicina:

CRM:

Serviço e ano de conclusão da residência médica:

Especialidade de base (Neurologia, Neurocirurgia ou Radiologia):

Portador do título de especialista e ano de aquisição:

Serviço onde fez a formação em Neurorradiologia Terapêutica e ano de conclusão:

Coordenador do programa de formação em Neurorradiologia Terapêutica:

Demais assistentes que participaram da formação do aluno, com assinatura dos mesmos. Pelo menos 2 portadores de título SBNR.

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.
- 5.

Tipo de Procedimento	Participação como operador principal	Participação como operador auxiliar
Procedimentos Diagnósticos		
Arteriografia Cerebral		
Arteriografia Medular		
Procedimentos Terapêuticos		
Angioplastia supra-aórtica (carótida/vertebral)		
Embolização Aneurisma Cerebral (Total)		
Embolização Aneurisma Cerebral com espirais		
Embolização Aneurisma Cerebral com espirais e balão		
Embolização Aneurisma Cerebral com espirais e stent		
Embolização Aneurisma Cerebral com diveror de fluxo		
Embolização de epistaxis e de Tumor (cabeça/pescoço)		
Embolização de MAV cerebral		
Embolização de MAV medular		
Embolização de Malformação Vascular Facial		
Trombectomia Mecânica no AVCI		
Procedimentos Percutaneos de Coluna		
Cateterismo de Seio Petroso		
OUTROS		
TOTAL		

Data e Local

ASSINATURA DO CANDIDATO E DO COORDENADOR CENTRO DE TREINAMENTO