

**Entidades de Fiscalização do Exercício das Profissões Liberais  
CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA**

**RESOLUÇÃO CFM Nº 2.383, DE 18 DE JULHO DE 2024**

Disciplina o procedimento de monitorização neurofisiológica intraoperatória, que é ato médico exclusivo.

O CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, no uso das atribuições conferidas pela Lei nº 3.268, de 30 de setembro de 1957, regulamentada pelo Decreto nº 44.045, de 19 de julho de 1958, conforme deliberado em reunião plenária realizada em 18 de julho de 2024, resolve adotar a seguinte Resolução.

Art. 1º A monitorização neurofisiológica intraoperatória é ato médico.

§ 1º Os procedimentos de apoio à execução da monitorização neurofisiológica intraoperatória podem ser compartilhados com outros profissionais, abrangendo exclusivamente montagem e desmontagem de equipamento e colocação e retirada de eletrodos, sempre sob supervisão do médico ou equipe médica responsável pela monitorização.

§ 2º Mesmo havendo diretor técnico médico vinculado ao prestador, é imperiosa a presença de médico localmente, na vigência do ato.

Art. 2º É vedado a médico cirurgião realizar procedimentos cirúrgicos com monitorizações neurofisiológicas intraoperatórias executadas por não médico.

Art. 3º Quando a monitorização neurofisiológica intraoperatória for realizada por médico de pessoa jurídica, deve seu diretor técnico ser detentor de Registro de Qualificação de Especialista (RQE) na especialidade ou área de atuação, com as devidas matrizes de competência que o capacitem nos devidos ramos da medicina para a realização do procedimento específico.

Art. 4º Só poderá se qualificar como pessoa jurídica para a monitorização neurofisiológica intraoperatória aquela inscrita em Conselho Regional de Medicina (CRM) e que esteja de acordo com as condições indicadas no art. 3º deste dispositivo.

Art. 5º Para a realização do procedimento, faz-se necessária a obtenção de termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE), assinado pelo paciente ou seu responsável legal, onde constem informações sobre os principais riscos do procedimento, bem como a identificação do médico responsável por sua realização, conforme Anexo I desta resolução.

Art. 6º A monitorização intraoperatória unimodal realizada unicamente com a técnica de eletromiografia estimulada ou de varredura livre, com o objetivo de auxiliar o cirurgião a identificar os nervos cranianos em sua porção extracraniana, pode ser realizada concomitante ao ato cirúrgico pela equipe cirúrgica do procedimento apenas nas cirurgias que utilizem exclusivamente o método unimodal.

Parágrafo único. É vedado à equipe cirúrgica realizar monitorização neurofisiológica intraoperatória concomitantemente à realização do ato cirúrgico quando da utilização do método multimodal.

Art. 7º Cópias dos laudos deverão ser mantidas em arquivo, respeitando os prazos e normas estabelecidos na legislação vigente quanto a sua guarda.

Art. 8º São obrigatórias, nos laudos da monitorização neurofisiológica intraoperatória, a assinatura e a identificação clara do médico responsável pela monitorização.

Art. 9º Os laudos das monitorizações neurofisiológicas intraoperatórias deverão seguir as determinações do Anexo II.

Art. 10. Revoga-se a Resolução CFM nº 2.136/2015, publicada no Diário Oficial da União, de 1º de março de 2016, Seção I, p. 71.

**JOSÉ HIRAN DA SILVA GALLO**

Presidente do Conselho

**DILZA TERESINHA AMBRÓS RIBEIRO**

Secretária-Geral

ANEXO I

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) PARA  
MONITORIZAÇÃO NEUROFISIOLÓGICA INTRAOPERATÓRIA (MNIO)

Eu, \_\_\_\_\_, tendo ciência do que é o procedimento de monitorização neurofisiológica intraoperatória (MNIO) pelo Dr. \_\_\_\_\_, me sinto esclarecido nos termos do que se assenta abaixo.

Tenho ciência de que este procedimento foi solicitado pelo meu cirurgião como parte do planejamento cirúrgico para dar maior segurança à intervenção, devendo ser ele executado durante a cirurgia por médico habilitado.

Fui cientificado de que esta monitorização ocorrerá com a fixação de eletrodos diretamente no meu corpo visando leitura em tempo real da função, áreas afetadas e acessos a elas, além da definição de áreas seguras para a intervenção. Poderão ser realizados estímulos elétricos no meu corpo através dos eletrodos ou de equipamento e material próprios para isso.

Fui cientificado também que os seguintes riscos, no peri e pós-procedimento de MNIO, podem ocorrer, mesmo que em incidência estatística igual ou inferior a 0,1% dos casos:

1. Infecções
2. Queimaduras
3. Hematomas
4. Déficit neurológico temporário
5. Funcionamento inadequado do sistema
6. Lacerações da língua e/ou lábios
7. Crises epiléticas
8. Quebra dos eletrodos de agulha
9. Resultados falso-negativos
10. Outros possíveis riscos

Compromisso com a verdade e em seguir as recomendações médicas:

Declaro ( ) ser ( ) não ser portador de implantes eletrônicos como marcapasso cardíaco, desfibrilador cardíaco automático, estimuladores cerebrais profundos e implantes cocleares. Assumo também o compromisso de seguir rigorosamente as prescrições médicas tanto no pré quanto no pós-operatório.

Declaro me sentir esclarecido e concordar com todos os termos contidos neste documento, que será incorporado a meu prontuário. Assim, de modo livre, depois de esclarecido, e por espontânea vontade, firmo este documento.

Data do exame: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_.

Identificação do paciente:

Paciente: \_\_\_\_\_ Documento de identidade: \_\_\_\_\_

Sexo : ( ) masculino ( ) feminino

Idade: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

Cidade: \_\_\_\_\_

CEP: \_\_\_\_\_

Telefones com DDD: \_\_\_\_\_

Assinatura do paciente ou do responsável legal:

Responsável legal (quando para menores de 18 anos ou idosos com restrição): \_\_\_\_\_ Documento de identidade do responsável legal: \_\_\_\_\_

Observação: O preenchimento completo deste termo e sua respectiva assinatura são imprescindíveis para a realização do exame.

## ANEXO II

### MODELO DE LAUDO DE MNIO

"LOGOMARCA DA CLÍNICA / HOSPITAL"

### LAUDO DE MONITORIZAÇÃO NEUROFISIOLÓGICA INTRAOPERATÓRIA

#### IDENTIFICAÇÃO DA CLÍNICA

Diretor Técnico: xxxx

Endereço da clínica: rua, bairro, cidade e estado

CEP: XXXXX-XXX F: (DDD) XXXXXXXX ou XXXXXXXX

Website/Instagram (se houver)

#### IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Paciente: nome completo

Paciente ID: número de identificação do paciente

Data de Nascimento: dia/mês/ano

Sexo: masculino / feminino

Diagnóstico: descrever o diagnóstico

#### PROCEDIMENTO (CIRURGIA)

Procedimento: descrever o tipo de cirurgia

Sala cirúrgica: número da sala

Data: dia/mês/ano da cirurgia

Horário de início: hora:minuto

Horário de término: hora:minuto

Duração: hora:minuto

Cirurgião(ã): Dr.(a) nome completo

Assistente: Dr.(a) nome completo

Anestesista: Dr.(a) nome completo

#### MONITORIZAÇÃO NEUROFISIOLÓGICA

Horário de início: hora:minuto

Horário de término: hora:minuto

Duração: hora:minuto

Médico(s): Dr.(a) nome completo

Auxiliares:

#### HISTÓRICO E ANTECEDENTES

resumo da história clínica e do exame físico do paciente

#### TÉCNICAS UTILIZADAS:

Deve-se descrever a técnica utilizada. Citam-se exemplos de técnicas neurofisiológicas utilizadas:

EEG contínuo; Potenciais evocados motores por estímulos elétricos transcranianos e registro muscular nos MMSS e MMII; Potenciais evocados motores por estímulos elétricos transcranianos e registro epidural acima e abaixo da lesão; Potenciais evocados somatosensitivos com estímulos nos MMSS e MMII e registro no escalpe; EMG contínua com registro nos MMII; Estimulação de nervos para registro de potenciais de nervos (NAP); Mapeamento de nervos cranianos; e outras técnicas.

#### EQUIPAMENTO E MATERIAL UTILIZADO:

descrever o equipamento, data de calibração e o material utilizado com quantidade, referência (modelo) e registro Anvisa

01 Sistema \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ Canais.

Anvisa \_\_\_\_\_

02 Eletrodos bipolares \_\_\_\_\_

Anvisa \_\_\_\_\_

03 Eletrodo de agulha subdérmica simples \_\_\_\_\_ Anvisa \_\_\_\_\_

04 Eletrodos de agulha subdérmica \_\_\_\_\_

Anvisa \_\_\_\_\_

05 Eletrodos de superfície \_\_\_\_\_

Anvisa \_\_\_\_\_

06 Eletrodos de agulha subdérmica corkscrew \_\_\_\_\_

Anvisa \_\_\_\_\_

#### PARÂMETROS UTILIZADOS PARA CADA TÉCNICA:

Descrever detalhadamente parâmetros utilizados para cada técnica empregada na monitorização.

#### DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO:

Descrever todo o procedimento de monitorização, salientando os passos mais importantes da cirurgia e os achados. Em caso de algum achado positivo, documentar com imagem e descrever as medidas para reverter o quadro.

Descrever se após as medidas houve melhora ou não dos parâmetros monitorizados. Concluir a realização da monitorização com base nos achados e condutas tomadas, orientando o seguimento (se for o caso).

OBS: ANEXAR OS TRAÇADOS SEMPRE QUE POSSÍVEL, OU FORNECER OS MESMOS EM MÍDIA GRAVADA QUE PERMITA REVISÃO (SE NECESSÁRIO).

NOME DO MÉDICO RESPONSÁVEL PELA REALIZAÇÃO DA MONITORIZAÇÃO  
NEUROFISIOLÓGICA INTRAOPERATÓRIA

CRM XXXXXXX - RQE XXXXXX