**INQUÉRITO AOS SERVIÇOS PARA ATRIBUIÇÃO DE CAPACIDADES FORMATIVAS**

**Formação Específica em Imuno-Hemoterapia**

**IDENTIFICAÇÃO DO SERVIÇO** Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

INSTITUIÇÃO: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

SERVIÇO: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

DIRECTOR DO SERVIÇO:

ESPECIALIDADE DO DIRECTOR DE SERVIÇO: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

# IDONEIDADE ATRIBUIDA PELA ORDEM DOS MÉDICOS em \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

|  |  |
| --- | --- |
| Total |  |
| Parcial |  |
| Primeiro Pedido |  |

**2. CARACTERIZAÇÃO DO SERVIÇO DE IMUNO-HEMOTERAPIA**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. Área de Serviço de Sangue?
 | Sim | Não |
| 1. Área de Serviço de Medicina Transfusional?
 | Sim | Não |
| 1. Área de Trombose e Hemostase?
 | Sim | Não |
| 1. Consulta Externa-Doentes?
 | Sim | Não |
| 1. Hospital de Dia?
 | Sim | Não |
| 1. Centro de referência de coagulopatias congénitas?
 | Sim | Não |
| 1. Tem implementado um Sistema de Gestão da Qualidade?
 | Sim | Não |
| 1. Elabora anualmente o plano e relatório de atividades?
 | Sim | Não |
| 1. Elabora o plano anual de formação?
 | Sim | Não |
| 1. Programa de Controlo Externo da Qualidade?
 | Sim | Não |
| 1. Gestão informatizada da atividade?
2. Área Total do Serviço \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_m2
 | Sim | Não |
|  |  |  |

**3. QUADRO MÉDICO**

|  |  |
| --- | --- |
| Nº de Assistentes de Imuno-Hemoterapia |  |
| Nº de Assistentes Graduados de Imuno-Hemoterapia |  |
| Nº de Assistentes Graduados Séniores de Imuno-Hemoterapia |  |
| Nº de Orientadores de Formação |  |
| Nº de Médicos em formação específica |  |
| 1º ano |  |
| 2º ano |  |
| 3º ano |  |
| 4º ano |  |
| 5º ano |  |

**4. ATIVIDADE CIENTÍFICA E PEDAGÓGICA**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. Realiza Reuniões Científicas regulares no Serviço?
 | Sim | Não |
| 1. Reuniões com outros Serviços do Hospital?
 | Sim | Não |
| 1. Apresentações de Journal Club?
 | Sim | Não |
| 1. Discussões de casos clínicos?
 | Sim | Não |
| 1. Revisão casuística?
 | Sim | Não |
| 1. Atividade de formação a outros grupos profissionais?
 | Sim | Não |
| 1. Apresentações em reuniões científicas nacionais ou internacionais?
 | Sim | Não |
| 1. Publicações em revistas indexadas, ou outras? Quais?
 | Sim | Não |
| 1. Outras publicações?
 | Sim | Não |
| 1. Participação em ensaios clínicos ou estudos multicêntricos?
 | Sim | Não |
| 1. Realiza ou colabora em auditorias clinicas?
 | Sim | Não |
| 1. Tem procedimentos para divulgação de boas práticas, em medicina transfusional, no seu hospital?
 | Sim | Não |
| 1. Folhetos informativos para o doente?
 | Sim | Não |
| 1. Implementa o consentimento informado?
 | Sim | Não |
| 1. Os internos são avaliados anualmente?
 | Sim | Não |
| 1. Os internos entregam o relatório anual de atividades?
 | Sim | Não |
| 1. Os internos participam de forma regular em cursos de formação/reuniões científicas/congressos?
 | Sim | Não |
| 1. Outras atividades de formação (descreva: como formandos e como formadores)?
 | Sim | Não |
|  |
|  |
|  |

Anexe o plano de formação do último ano e/ou descreva a atividade científica dos últimos dois anos, que considere exemplificativa da atividade realizada no âmbito da formação especifica em Imuno-Hemoterapia nomeadamente publicações

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**5. ATIVIDADE ASSISTENCIAL**

1. **Consulta externa - Dadores de sangue e componentes**
* Nº de consultas no último ano\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
1. **Dádiva de sangue**
* Nº de dádivas no último ano\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
1. **Dádiva de componentes**
* Nº de componentes colhidos por aférese no último ano\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
1. **Colheitas de progenitores hematopoiéticos**
* Nº de colheitas de progenitores hematopoiéticos periféricos realizadas no último ano\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Nº de colheitas de medula óssea realizadas no último ano\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
1. **Consulta Externa de Imuno-Hemoterapia**
* Nº de consultas realizadas no último ano\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Especifique o âmbito das consultas
1. **Hospital de Dia de Hemoterapia**

Nº de sessões de Hospital de Dia\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. **Centro de Hemofilia: diagnóstico e tratamento de coagulopatias congénitas**
* Nº de doentes com Hemofilia A e B em tratamento/seguimento\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Nº de doentes com coagulopatias congénitas que não hemofilias em seguimento/tratamento\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**6. MEIOS COMPLEMENTARES DE DIAGNÓSTICO**

1. **Laboratório de Imunohematologia / Transfusões**
* Nº de ensaios pre-transfusionais realizados\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Nº de Concentrados de Eritrócitos transfundidos \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Nº de doentes transfundidos com eritrócitos\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Nº de Concentrados plaquetarios transfundidos \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Nº de doentes transfundidos com Concentrados plaquetários
* Nº de Unidades de Plasma Humano Inactivado Transfundido \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Nº de Outros componentes ou Hemoderivados Administrados \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
1. **Laboratório de Serologia Vírica/Imunoquímica**
* Nº total de estudos analíticos – Dadores \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Nº total de estudos analíticos- Doentes \_\_\_\_\_\_\_\_\_
1. **Laboratório de imunologia plaquetária**
* Nº total de estudos analíticos\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
1. **Laboratório de Trombose e Hemostase**
* Nº total de estudos analíticos\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
1. **Laboratório de Biologia Molecular**
* Nº total de estudos analíticos \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
1. **Laboratório de Separação de Componentes**
* N.º de unidades processadas \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Nº de componentes obtidos\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
1. **Aférese Terapêutica**
* Nº total de colheitas de PHSP/MO \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Nº de procedimentos \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Nº de ensaios de CQ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**7. INSTALAÇÕES E EQUIPAMENTOS**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. O Serviço possui instalações próprias?
 | Sim | Não |
| 1. O Serviço possui instalações adequadas a atividade de formação, nomeadamente sala de reuniões?
 | Sim | Não |
| 1. O Serviço está dotado de aplicações informáticas que permitam gerir a atividade e facilitem revisões de casuística?
 | Sim | Não |
| 1. As instalações laboratoriais estão bem dimensionadas e tem condições adequadas à atividade exercida?
 | Sim | Não |
| 1. As instalações onde é exercida a atividade assistencial estão bem dimensionadas?
 | Sim | Não |
| Comentário: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

**8. CAPACIDADE FORMATIVA DE ACORDO COM PROGRAMA DE FORMAÇÃO DO INTERNATO COMPLEMENTAR DE IMUNO-HEMOTERAPIA**

Refira a capacidade formativa do serviço e da instituição em que está inserido (área de formação e tempos de estágio). Descrimine outros tempos possíveis se considerar pertinente.

|  |  |
| --- | --- |
| 9 meses de Imuno-Hemoterapia\* |  |
| 6 meses de Imuno-Hemoterapia – Trombose e Hemostase \*\* |  |
| 6 meses de Imuno-Hemoterapia – Aférese e Criobiologia \*\*\* |  |
| 12 meses de Imuno-Hemoterapia \*\*\*\* |  |
| 6 meses de Medicina Interna |  |
| 6 meses de Hematologia Clinica |  |
| 3 meses de Hematologia Laboratorial |  |
| 3 meses de Cuidados Intensivos |  |
| 3 meses de Imunologia da transfusão e da transplantação |  |

\* *Modulo A de acordo com o programa de formação publicado em Diário da República, 1.ª série — N.º 126 — 3 de julho de 2018*

*\*\* Modulo B ( a+b) de acordo com o programa de formação publicado em Diário da República, 1.ª série — N.º 126 — 3 de julho de 2018*

*\*\*\* Modulo B( c+d) de acordo com o programa de formação publicado em Diário da República, 1.ª série — N.º 126 — 3 de julho de 2018*

*\*\*\*\* Modulo C de acordo com o programa de formação publicado em Diário da República, 1.ª série — N.º 126 — 3 de julho de 2018*

Enumere as áreas de estágio e os serviços onde a formação específica será completada:

Serviço\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_Duração\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Serviço\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_Duração\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Serviço\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_Duração\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Serviço\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_Duração\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**9. CONCLUSÕES**

Considera que:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. O Serviço tem número adequado de profissionais para garantir formação?
 | Sim | Não |
| 1. O Serviço tem instalações e meios pedagógicos adequados para as atividades de formação especifica em Imuno-Hemoterapia?
 | Sim | Não |
| 1. O Serviço tem atividade assistencial e laboratorial de qualidade e diversificada que valorize a formação especifica de Imuno-Hemoterapia?
 | Sim | Não |
| 1. O Serviço pretende que lhe seja reconhecida idoneidade formativa?
 | Sim | Não |
| * Idoneidade Total
 | Sim  | Não |
| * Idoneidade Parcial
 | Sim | Não |
| Se PARCIAL para que estágios? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

Data:

Diretor de Serviço de Imuno-Hemoterapia :

Diretor do Internato Médico: