**Colégio de Medicina Intensiva**

**Questionário de Caracterização dos Serviços**

**Avaliação de Idoneidade e Capacidade Formativa**

**AVALIAÇÃO INICIAL**

*Assinale com (X), preencha as quadrículas ou escreva com letra bem legível.* *Devolva o presente questionário, e os anexos requeridos, à Comissão Regional do Internato Médico através da Direção do Internato Médico do seu Centro Hospitalar/ Hospital.* *Rubrique todas as folhas do presente questionário, date e assine no fim.*

*Na avaliação dos serviços esta grelha será complementada com uma visita de uma Comissão da Avaliação de*

*Idoneidade da Ordem dos Médicos.*

*Todas as declarações são da responsabilidade do signatário, e a constatação da sua não veracidade pode comprometer a atribuição da idoneidade formativa.*

**IDENTIFICAÇÃO:**

**CENTRO HOSPITALAR\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ HOSPITAL** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **DEPARTAMENTO / SERVIÇO / UNIDADE DE MEDICINA INTENSIVA:**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ TIPO DE ORGANIZAÇÃO:** Departamento ☐ Serviço ☐ Unidade ☐

**DATA DE INICIO DE ACTIVIDADE:** \_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_\_

**DIRETOR DE DEPARTAMENTO:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

***e-mail*:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Tlm:**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**DIRETOR DO SERVIÇO \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

***e-mail*** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**Tlm:**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**COORDENADOR DA FORMAÇÃO \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

***e-mail*:**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Tlm:**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**I - CARACTERIZAÇÃO DO SERVIÇO**

**1. ESTRUTURA**

**1.1. RECURSOS HUMANOS**

**Médicos:**

Estrutura e Quadro de Pessoal Próprio da Unidade/Serviço: **Sim ☐ Não ☐**

Diretor SMI com Especialidade de Medicina Intensiva: **Sim ☐ Não ☐**

Diretor do Serviço a tempo inteiro: **Sim ☐ Não ☐**

Presença física de médico de Medicina Intensiva 24h/d: **Sim ☐ Não ☐**

**Descrição das Características dos Recursos Humanos Médicos do Quadro do Serviço:**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Médico**  | **Especialidade** **de base**  | **Intensivista**  | **Categoria**  | **Tempo dedicado** **ao Serviço (H/S)**  | **Outras tarefas** **institucionais**  |
|   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |

**Descrição das Características dos Recursos Humanos**

**Médicos que não pertencem ao Quadro do Serviço mas que colaboram regularmente nas actividades do mesmo:**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Médico** | **Especialidade de base** | **Intensivista** | **Categoria** | **Serviço de****Origem** | **Tempo dedicado ao Serviço (H/S)** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

**Enfermeiros:**

Tem Enfermeiro Chefe **Sim ☐ Não ☐**

A tempo inteiro? **Sim ☐ Não ☐**

Nº de total de enfermeiros:

Nº de enfermeiros/cama:

Camas nível III - rácio :

Camas nível II - rácio :

Nº total de Enfermeiros com Especialidade de Reabilitação:

Nº de horas : dia de posto de trabalho suplementar de enfermeiro Especialista de Reabilitação:

**Técnicos:**

Tem Fisioterapeutas? **Sim ☐ Não ☐** Apoio de Dietista/Nutricionista? **Sim ☐ Não ☐** Apoio de Psicólogo? **Sim ☐ Não ☐** Técnico de Radiologia disponível 24h/dia? **Sim ☐ Não ☐** Farmacêutico disponível 24h/dia? **Sim ☐ Não ☐**

**Assistentes Operacionais:**

Nº de Assistentes Operacionais por cama

**Assistentes Administrativos:**

Nº assistentes administrativos dedicados ao serviço

Secretariado Clínico / Apoio à Investigação **Sim ☐ Não ☐**

**1.2. INSTALAÇÕES**

Lotação camas adulto do Hospital:

Lotação do Serviço: Nº total de camas:

Nº de camas nível III:

Nº de camas nível II:

Área por cama nível III: Área por cama nível II: Área total do Serviço: Área de Enfermaria:

 m2

 m2

 m2

 m2

Quartos individualizados? **Sim ☐ Não ☐** Se Sim, quantos? Quartos com pressão negativa? **Sim ☐ Não ☐** Se Sim, quantos? Gabinete para o Director de Serviço: **Sim ☐ Não ☐**

Gabinete para o Enfermeiro Chefe: **Sim ☐ Não ☐**

Gabinetes de trabalho: **Sim ☐ Não ☐** Se Sim, quantos?

Sala de Reuniões: **Sim ☐ Não ☐**

Área de Secretariado administrativo próprio: **Sim ☐ Não ☐**

Arquivo clínico organizado: **Sim ☐ Não ☐**

Sala de espera: **Sim ☐ Não ☐**

Sala de reuniões com os familiares: **Sim ☐ Não ☐**

**1.3. EQUIPAMENTO CLÍNICO**

Equipamento informático ajustado às necessidades: **Sim ☐ Não ☐**

**Monitorização / Terapêutica:**

Nº de camas equipadas com ventiladores:

Nº de ventiladores com monitorização continua dos parâmetros ventilatórios:

Nº de camas equipadas com monitores:

ECG contínuo: Oximetria de pulso: Pressão arterial invasiva: Pressão venosa central:

Módulos de pressão variadas (Swan-Ganz/PiCCO):

Módulos de pressão intracraniana (PIC):

Módulos de PbtO2 cerebral :

Módulos de Electroencefalografia Contínua:

Módulos de NIRS: Módulos de BIS: Calorimetria Indirecta:

Camas com capacidade para suporte renal intermitente:

Equipamentos para suporte contínuo da função renal: Broncofibroscópio próprio: **Sim ☐ Não ☐** Acesso a broncofibroscopia 24h/dia: **Sim ☐ Não ☐** Ecocardiógrafo próprio: **Sim ☐ Não ☐** Sonda transesofágica próprio: **Sim ☐ Não ☐** Acesso a ecocardiografia 24h/dia: **Sim ☐ Não ☐** Acesso a endoscopia digestiva 24h/dia: **Sim ☐ Não ☐**

Acesso a ecografia 24h/dia: **Sim ☐ Não ☐**

Acesso a tomografia computorizada 24h/dia: **Sim ☐ Não ☐**

**1.4. EQUIPAMENTO EDUCATIVO**

Disponibilidade de meios audiovisuais : **Sim ☐ Não ☐** Rede *wi-fi* no serviço : **Sim ☐ Não ☐** Acesso institucional a biblioteca e publicações “on-line” ? **Sim ☐ Não ☐**

**2. PROCESSOS**

**2.1. ASSISTENCIAIS**

O Serviço integra formalmente o Circuito do Doente Crítico **Sim ☐ Não ☐**

Integra a Equipa de Emergência Interna **Sim ☐ Não ☐**

Modelo de activação da Equipa de Emergência Interna:

Responde à Paragem Cardiorrespiratória? **Sim ☐ Não ☐**

Responde à Disfunção de Órgãos? **Sim ☐ Não ☐**

O Serviço é responsável funcional pela Sala de Emergência? **Sim ☐ Não ☐**

Desenvolve actividades de *Follow-up*? **Sim ☐ Não ☐**

Pratica flexibilidade de camas de nível III e camas de nível II? **Sim ☐ Não ☐**

Tem Visitas Clínicas Multidisciplinares (Intensivistas e Médicos de

Outras Especialidades (ex: Microbiologista, Neurocirurgião...) **Sim ☐ Não ☐**

Tem Visita Clínica Multiprofissional (Intensivistas e Enfermeiro...) **Sim ☐ Não ☐** A Visita Clínica utiliza uma *check-list* de cumprimento de tarefas clínicas? **Sim ☐ Não ☐** Dispõe de protocolos de atuação clínica? **Sim ☐ Não ☐** Colabora no processo de doação de órgãos e tecidos? **Sim ☐ Não ☐**

Há profissionais do serviço que integram comissões, grupos de trabalho

e programas hospitalares ou interinstitucionais transversais? **Sim ☐ Não ☐**

O Serviço calcula, regista e reflecte sobre os resultados da

actividade assistencial? **Sim ☐ Não ☐**

**Acesso a outras áreas de especialidades:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Especialidade** | **Sim 24h/dia** | **Sim****<24h/dia** | **Não** |
| Anestesiologia |  |  |  |
| Cardiologia |  |  |  |
| Cardiologia de Intervenção |  |  |  |
| Cirurgia Geral |  |  |  |
| Cirurgia Cardiotorácica |  |  |  |
| Cirurgia Vascular |  |  |  |
| Cirurgia Plástica |  |  |  |
| Gastroenterologia |  |  |  |
| Medicina Física e Reabilitação |  |  |  |
| Medicina Interna |  |  |  |
| Microbiologia |  |  |  |
| Nefrologia |  |  |  |
| Neurocirurgia |  |  |  |
| Neurologia |  |  |  |
| Ortopedia |  |  |  |
| Pneumologia |  |  |  |
| Imagiologia |  |  |  |
| Neurorradiologia |  |  |  |
| Radiologia de Intervenção |  |  |  |
| Patologia Clínica |  |  |  |

Há inquérito de satisfação aos utentes /familiares? **Sim ☐ Não ☐**

**2.2. FORMATIVOS**

Tem Coordenador da Formação do Serviço: **Sim ☐ Não ☐**

O Serviço tem programa de formação em Medicina Intensiva aprovado, com corpo docente nominal e formalmente designado como responsável pela formação em Medicina Intensiva, integrando intensivistas reconhecidos pelo Colégio de

Espec ialidade da Ordem dos Médicos ? **Sim ☐ Não ☐**

Tem programa de integração de novos colaboradores médicos no serviço? **Sim ☐ Não ☐**

Tem programação de formação contínua pós-graduada? **Sim ☐ Não ☐**

Os orientadores de formação /orientadores de estágio têm horário próprio para as atividades formativas? **Sim ☐ Não ☐** Realiza Reuniões Clínicas (Journal Club, Morbi-mortalidade...) com regularidade? **Sim ☐ Não ☐**

Nº de artigos publicados nos últimos 2 anos:

Nº de estudos clínicos em que participou nos últimos 2 anos:

**3. RESULTADOS**

**3.1 ACTIVIDADE ASSISTENCIAL:**

(referente ao ano anterior ao preenchimento desta grelha)

|  |  |
| --- | --- |
| **INDICADOR AVALIADO** | **VALOR** |
| Nº de doentes tratados: |  |
| Médicos (%) \*: |  |
| Pós-Operatórios Cirurgia Electiva (%) \*: |  |
| Pós-Operatórios Cirurgia Urgente (%) \*: |  |
| Traumatizados (N/%) \*\*: |  |
| Neurocríticos (N/%)\*\*: |  |
| Coronários/Cardíacos (N/%)\*\*: |  |
| APACHE II (médio) |  |
| SAPS II (médio) |  |
| SOFA (médio) |  |
| TISS 28 |  |
| Taxa de ocupação (%) |  |
| Tempo médio de internamento (dias) |  |
| Mortalidade no SMI (%) |  |
| Mortalidade Hospitalar (%) |  |
| Mortalidade normalizada (*Standardized Mortality Rate*) para SAPS II (excluídos os doentes admitidos como “possíveis dadores”) |  |
| Doentes Ventilados (%) |  |
| Doentes Ventilados > 48h (%) |  |
| Pneumonia Associada Entubação (nº episódios/1000 dias de ET)\*\*\* |  |
| Bacteriémia relacionada com CVC (nº episódios/1000 de CVC)\*\*\* |  |
| Infecção urinária associada a cateter vesical (nº episódios/1000 de CV)\*\*\* |  |
| Taxa de readmissões < 48h (%) |  |
| Taxa de extubações acidentais (%) |  |

\* Em conformidade com a classificação SAPS II devendo a soma ser igual a 100%

\*\* Estes subgrupos de classificação não são mutuamente exclusivos

\*\*\* Em conformidade com a classificação HELICS

**3.2. ACTIVIDADE FORMATIVA:**

(referente ao ano anterior ao preenchimento desta grelha)

Nº de Internos de Formação Específica que realizaram estágios obrigatório ou facultativos:

Nº de Titulandos em Medicina Intensiva (formação de 2 anos):

Nº de internos de formação específica de Medicina Intensiva em formação:

Há inquérito(s) à satisfação dos Internos? **Sim ☐ Não ☐**

**ANEXOS**

a) Organigrama do serviço

b) Acordos de Colaboração Formativa com outros Serviços

 / /

O Diretor de Serviço de Medicina Intensiva