**Colégio de Cirurgia Geral**

**Inquérito aos Serviços**

**Avaliação Anual de Idoneidade**

|  |  |
| --- | --- |
| **HOSPITAL/CENTRO HOSPITALAR** |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ÁREA DE INFLUÊNCIA (habitantes)** | **Direta** |  |
| **Indireta** |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **CAPACIDADE FORMATIVA ATUAL** |  | **MESES** | **ANO ACTUAL** | **2** | **0** | **1** |  |

**A – CARACTERIZAÇÃO DO SERVIÇO**

**A.1) RECURSOS HUMANOS (Médicos)**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Regime de trabalho** | **Nº.** |  | **35 H** |  | **40 H** |  | **C/SU** |  | **S/SU** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Assistentes Graduados Sénior |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Assistentes Graduados |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Assistentes |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Internos da Formação Específica |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 6º. Ano |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 5º. Ano |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4º. Ano |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3º. ano |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2º. Ano |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 1º. Ano |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Internos de outras Especialidades |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**A.2) ESPAÇO FÍSICO E ESTRUTURAS DE APOIO**

* **Secretariado**  Do Serviço Partilhado com outro Serviço
* **Enfermarias:** Número de Salas \_\_\_\_\_\_\_\_ Número de camas por sala \_\_\_\_\_\_\_\_

- Quartos individuais \_\_\_\_\_\_\_

* **Gabinetes para observação de doentes Sala de Pensos**
* **CUIDADOS INTERMÉDIOS**  Número de camas \_\_\_\_\_\_ Apoio de Urgência Interna

Enfermagem dedicada Em todos os turnos

* **Sala(s) de Trabalho para os Médicos**  Informatizada
* **Sala de Reuniões**  Meios audiovisuais

**A.3) ORGANIZAÇÃO FUNCIONAL (O.F.)**

* **Número de Equipas** \_\_\_\_\_ **Camas por Equipa** \_\_\_\_\_\_ **Médicos por Equipa** \_\_\_\_\_\_
* **Unidades Funcionais (U.F.)**  Especificar:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Designação** | **Camas** | **Médicos** | **Designação** | **Camas** | **Médicos** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

**B – ACTIVIDADES DO SERVIÇO**

**B.1) ACTIVIDADE ASSISTENCIAL**

* **Jornada contínua**  Só Bloco Operatório Outras actividades \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

* **O.F. por Equipas: Visita Médica conjunta:** Periodicidade: Diária Semanal
* **O.F. por UF: Visita Médica com o Director:** Por UF Periodicidade: Semanal
* **Reunião de discussão pré-operatória**  Semanal
* **Reuniões Multidisciplinares**  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* **CONSULTA EXTERNA** Tempos de Consulta (por semana) \_\_\_\_\_; Gabinetes individuais
* **BLOCO OPERATÓRIO:** Do Serviço Central Número de salas \_\_\_\_\_\_

- Tempos operatórios/semana: Manhã \_\_\_\_\_\_ Tarde \_\_\_\_\_\_ Jornada contínua

- **Consulta de ANESTESIOLOGIA pré-operatória** **Enfermeira(o) instrumentista**

* **UNIDADE DE CUIDADOS PÓS-ANESTÉSICOS (Recobro)**  Número de camas: \_\_\_\_\_\_\_
* **CIRURGIA AMBULATÓRIA**  Bloco Operatório próprio Utiliza o BO Central

Com pernoita Sem pernoita Hora de encerramento da UCA\_\_\_\_\_\_\_\_

* **PEQUENA CIRURGIA** No Serviço Fora do Serviço \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* **URGÊNCIA**

**- INTERNA**  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**- EXTERNA**  Número de elementos por equipa \_\_\_\_\_\_

Nas 24 horas: Ecografia TC Endoscopia Digestiva Radiologia de intervenção

**Acesso a videocirurgia**

**B.2) ACTIVIDADE CIENTÍFICA E FORMATIVA**

* **REUNIÕES CLÍNICAS:** No Serviço Periodicidade: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

No hospital Periodicidade: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

“Journal Club” “Video Club” Periodicidade: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Análise da morbilidade e mortalidade Periodicidade: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Apresentação de temas de revisão Periodicidade: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* **TRABALHOS CIENTÍFICOS**

**Número de Trabalhos apresentados** em Congressos/Reuniões Científicas:

Nacionais \_\_\_\_\_\_\_ Internacionais \_\_\_\_\_\_\_

**Número de Trabalhos publicados** em Revistas Nacionais \_\_\_\_\_\_\_ Internacionais \_\_\_\_\_\_\_

* **ORGANIZAÇÃO DE ACÇÕES DE FORMAÇÃO PÓS-GRADUADA**

No Serviço Periodicidade: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ No hospital Periodicidade: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* **AVALIAÇÃO ANUAL DOS INTERNOS**

Em moldes idênticos ao Exame Final do Internato

Relatório Anual dos Internos enviado à Ordem dos Médicos

**C – INDICADORES DA ACTIVIDADE CIRÚRGICA (Dados referentes ao ano anterior)**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| INTERNAMENTO | **Total** | **% de ocupação** | **Demora média** | **Índice “case mix”** |
|  |  |  |  |
| CONSULTAS | **1ª. vez** | **Subsequentes** | **Total** | **% 1ªs. consultas** |
|  |  |  |  |
| CIRURGIA COM INTERNAMENTO | **Electiva** | **% Videocirurgia** | **Urgência** | **% Videocirurgia** |
|  |  |  |  |
| CIRURGIA AMBULATÓRIA | **Anestesia Geral** | **Anestesia Local** | **Total** | **% Ambulatório** |
|  |  |  |  |

*Nota: Estes dados devem ser confirmados com o envio da estatística oficial do hospital, do ano anterior*

**D – APOIO DE OUTROS SERVIÇOS**

* **MEIOS COMPLEMENTARES DE DIAGNÓSTICO**

Ecografia TC RM Angiografia Radiologia de intervenção

Patologia Clínica Anatomia Patológica Imunohemoterapia

* **INTERNAMENTO/OUTROS**

Medicina Interna Unidade de Medicina Intensiva Medicina Física e de Reabilitação

Gastrenterologia : Capacidade de Endoscopia diagnóstica Terapêutica CPRE

**E – COMENTÁRIO FINAL SOBRE AS CONDIÇÕES DE TRABALHO**

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

**DECLARAÇÃO DA CAPACIDADE FORMATIVA**

**O Serviço** \_\_\_\_\_ **deste hospital tem Capacidade Formativa Total para** \_\_\_\_\_ **Internos pelo que pode receber** \_\_\_\_\_ **Interno(s) para iniciar a Formação Específica em Cirurgia Geral em** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **do ano** \_\_\_\_\_\_\_\_

**O Director do Serviço**

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

(Assinatura)

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nome (maiúsculas) |  | | | | | |
|  | | | | | | |
| Grau na Carreira Médica: | | | **Assistente** |  | **Consultor** |  |
|  | | | | | | |
| Categoria Profissional: | | **Assistente Graduado Sénior** | |  | **Assistente Graduado** |  |

Data \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_