**Colégio de Cirurgia Pediátrica**

**Inquérito para atribuição de idoneidade e Capacidade Formativa dos Serviços**

|  |
| --- |
| **Identificação do Serviço:** |
| **Recursos Humanos** | N= |  |  |  |  |
| Director : (nome) |  |  |
| Assistente Graduado Sénior |  |
| Assistente Graduado |  |
| Assistente Hospitalar  |  |
| Internos de Especialidade de Cirurgia Pediátrica | 1º | 2º | 3º | 4º | 5º | 6º |
| Observações : A Direcção do Serviço deve ser exercida obrigatoriamente por especialista com categoria de Assistente Graduado Sénior/ O Serviço deve ter obrigatoriamente no seu quadro pelo menos três especialistas em tempo completo. |
| **Instalações** | N= | Sim  | Não  | N/A |  |
| Internamento autónomo (Indicar nº de camas)  |  |  |  |  |
| Internamento partilhado com Pediatria  |  |  |  |  |
| Sala de tratamentos autónoma |  |  |  |  |
| Consulta externa autónoma c/ sala de pensos |  |  |  |  |
| Hospital de Dia Pediátrico |  |  |  |  |
| Bloco Operatório Autónomo |  |  |  |  |
| Bloco Operatório Central |  |  |  |  |
| Recobro Post-op Autónomo |  |  |  |  |
| Recobro Post-op Partilhado ( com adultos ) |  |  |  |  |
| Unidade de Cirurgia Ambulatória Autónoma |  |  |  |  |
| Unidade de Cirurgia Ambulatória Integrada |  |  |  |  |
| Acesso a U. Cuidados Intensivos Pediátricos |  |  |  |  |
| Acesso a U. Cuidados Intensivos Neonatais  |  |  |  |  |
| Acesso a U. Cuidados Intensivos Mista (Ped+Neo) |  |  |  |  |
| Urgência autónoma |  |  |  |  |
| Urgência partilhada com Pediatria |  |  |  |  |
| Urgência partilhada com Adultos  |  |  |  |  |
| Hospital Universitário |  |  |  |  |
| Hospital Geral  |  |  |  |  |
| Observações : |
| **Áreas de trabalho médico da especialidade** |  | Sim  | Não  | N/A |  |
| Gabinetes para Assistentes  |  |  |  |  |
| Gabinete/sala para Internos |  |  |  |  |
| Sala de Reuniões  |  |  |  |  |
| Arquivo central  |  |  |  |  |
| Processo clínico eletrónico (SAM ou outro equivalente ) |  |  |  |  |
| Biblioteca central ( acesso on-line )  |  |  |  |  |
| Observações  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Serviços de Apoio no Hospital** |  | Sim  | Não  | N/A |  |
| Anestesia Pediátrica  |  |  |  |  |
| Serviço de Pediatria |  |  |  |  |
| Sub especialidades Pediátricas  |  |  |  |  |
| U. Cuidados Intensivos Pediátricos |  |  |  |  |
| U. Cuidados Intensivos Neonatais  |  |  |  |  |
| U. Cuidados Intensivos Mista (Ped+Neo) |  |  |  |  |
| Maternidade |  |  |  |  |
| Pedopsiquiatria |  |  |  |  |
| Imagiologia Pediátrica  |  |  |  |  |
| Disponibilidade de TAC e ECO 24/24 horas |  |  |  |  |
| Anatomia Patológica |  |  |  |  |
| Observações : Os serviços de apoio podem existir no Hospital e /ou no Centro Hospitalar onde o Serviço se integra |
| **Requisitos para a capacidade formativa** | N= |  |
| Dados referidos a ( indicar ano ) | ano | Demora média: |
| Doentes saídos/ano  |  |
| Índice de case-mix do Serviço  |  |
| Actividade Cirúrgica Electiva |  |
| Nº de Horas de Bloco Operatório (electivo/semana) |  |  |
| Nº de Intervenções electivas/ano  |  |
| Nº de Intervenções em ambulatório/ano  |  |
| Percentagem de ambulatorização |  |
| Actividade Cirúrgica de Urgência |  |
| Nº de Intervenções urgentes /ano |  |  |
| Regime de Urgência |  | Sim  | Não  |  |
| Presença física 24/h ( indicar nº de profissionais) |  |  |  |
| Presença física 12/h( indicar nº de profissionais) |  |  |  |
| Regime de chamada( indicar nº de profissionais) |  |  |  |
| Regime de prevenção( indicar nº de profissionais) |  |  |  |
| Consulta Externa  | N = |  |  |
| Numero total de Consultas/ano |  |
| Número total de 1ª Consultas /ano |  |
| Reunião de Serviço ( indicar a regularidade ) | Diária | Semanal | Quinzenal |
| Actas das reuniões de Serviço |  |  |  |  |
| Actividade de ensino pré-graduado |  |  |
| Actividade de ensino post-graduado (outras especialidades) |  |  |
| Actividade Cientifica desenvolvida ( indicar números ) | Nacionais | Internacionais |
| Trabalhos Publicados | n= | n= |
| Trabalhos Comunicados | n= | n= |
| Cursos realizados | n= | n= |
| Cursos frequentados | n= | n= |
| Outras actividades realizadas no ano: |
| Avaliação Anual dos Internos |  | Sim  | Não  |
| Prova curricular |  |  |
| Prova teórica |  |  |
| Prova pratica |  |  |
| **Casos índex** | GDH / Procedº | N = | Sim  | Não  | Indicar nº por CMI |
| Transplante ( hepático ou renal )  |  |  |  |  |
| Hérnia diafragmática congénita  | 756.6 |  |  |  |  |
| Atresia do Esófago | 750.3 |  |  |  |  |
| Defeitos da parede abdominal  | 756.72 a 756.73 |  |  |  |  |
| Oclusão intestinal do RN | 751.1 a .2 e .4 a.5 |  |  |  |  |
| NEC | 777.50 a 777.53 |  |  |  |  |
| Malformações anorectais | 751.2 |  |  |  |  |
| Doença de Hirschsprung | 751.3 |  |  |  |  |
| Patologia Hepatobiliar congénita | 751.60 a 751.69 |  |  |  |  |
| Patologia Hepatobiliar adquirida | 574.00 a 756.9 |  |  |  |  |
| Patologia pancreática  | 751.7 |  |  |  |  |
| Patologia pleuro pulmonar | 748.0 a 748.9 |  |  |  |  |
| Neuroblastoma | 194.0 |  |  |  |  |
| Tumor de Wilms | 189.0 |  |  |  |  |
| Trauma abdominal / torácico | diversos |  |  |  |  |
| Displasia renal | 753.15 |  |  |  |  |
| Hidronefrose | 591 |  |  |  |  |
| Megauretero | 753.22 e 593.89 |  |  |  |  |
| Complexo extrofico | 753.5 |  |  |  |  |
| Enterocistoplastias e derivações continentes | Procº 57.87 a 57.89 |  |  |  |  |
| Refluxo vesico-ureteral | 593.70 a 593.73 |  |  |  |  |
| Hipospadias | 752.61 |  |  |  |  |
| Grandes queimados ( > 20% ) | 948.20 a 948.99 |  |  |  |  |
| Fissurados (FLAP) | 749.00 a 749.25 |  |  |  |  |
| Patologia malformativa da mão | 755.00 a 755.01 |  |  |  |  |
| Traumatologia da mão  | diversos |  |  |  |  |
| Outros: |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| Observações : |

|  |
| --- |
| **Capacidade e Idoneidade Formativas** |
| **Idoneidade Formativa Actual (201\_)** | Sim | Não |
| Idoneidade Formativa Total (1º a 6 º ano) ano de 201\_ |  |  |
| Idoneidade Parcial ano de 201\_  |  |  |
| **Data de atribuição pelo COM** |  |
| **Estágios do Programa de Internato de Cirurgia Pediátrica atribuídos** | Sim | Não |
|  Cirurgia Pediátrica 1 ( 6 meses ) |  |  |
| Cirurgia Pediátrica 2 (24 meses) |  |  |
| Cirurgia Pediátrica 3 (12 meses) |  |  |
| Urologia Pediátrica (3-6 meses) |  |  |
| Plástica Pediátrica (3 meses) |  |  |
| Queimados (3 meses)  |  |  |
| Oncologia Cirúrgica (3 meses) |  |  |
| Transplante (3 meses) |  |  |
| Investigação (3 meses)  |  |  |
| **Estágios do Programa de Internato de Outras Especialidades** **atribuídos** | Sim | Não |
| Internato de Pediatria Médica (1 mes) |  |  |
| Internato de Cirurgia Geral (3 meses ) |  |  |
| Internato de Urologia (3 meses ) |  |  |
| Internato de Cirurgia Plástica (3 meses ) |  |  |
| Internato de Cirurgia Maxilo-Facial (3 meses ) |  |  |
| **Idoneidade Formativa atribuída paro o presente ano de 201\_** |
| Nº de Internos de Cirurgia Pediátrica admitidos | n= |  |
| Internos de Pediatria Médica  | n= |
| Internos de Cirurgia Geral  | n= |
| Internos de Urologia  | n= |
| Internos de Cirurgia Plástica  | n= |
| Internos de Cirurgia Maxilo-Facial  | n= |
| **Idoneidade Formativa Pretendida para o próximo ano de 201\_** | Sim | Não |
| Programa de Internato de Cirurgia Pediátrica |  Cirurgia Pediátrica 1 ( 6 meses ) |  |  |
| Cirurgia Pediátrica 2 (24 meses) |  |  |
| Cirurgia Pediátrica 3 (12 meses) |  |  |
| Urologia Pediátrica (3-6 meses) |  |  |
| Plástica Pediátrica (3 meses) |  |  |
| Queimados (3 meses)  |  |  |
| Oncologia Cirúrgica (3 meses) |  |  |
| Transplante (3 meses) |  |  |
| Investigação (3 meses)  |  |  |
| Programa de Internatode outras expecialidades | Intº de Pediatria Médica (1 mes) |  |  |
| Intº de Cirurgia Geral (3 meses ) |  |  |
| Intºde Urologia (3 meses ) |  |  |
| Intºde Cirurgia Plástica (3 meses ) |  |  |
| Intºde Cirurgia Maxilo-Facial (3 meses ) |  |  |
|  |
| **Á consideração da CNIM / ACSS** Atendendo as características deste Serviço, bem como ao meu entendimento da sua capacidade formativa e ao numero actual de Internos do programa de Internato Complementar de Cirurgia Pediátrica em cuja formação me encontro empenhado, proponho que seja atribuído o seguinte numero de internos do mesmo programa para o ano de 201\_\_ |
| **Numero de Internos do Internato de Cirurgia Pediátrica propostos para o ano de 201\_** | N= |

|  |
| --- |
| **Responsabilidade desta Informação** |
| Em \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_**O Director do Serviço**Nome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Categoria\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Assinatura:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Em \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_**O Director do Internato Médico**Nome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Assinatura:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |