*INSTRUÇÕES DE PREEENCHIMENTO*

*As instruções de preenchimento encontram-se em itálico. Devem ser seguidas durante o preenchimento deste formulário.*

*1º Faça uma cópia deste Formulário e use essa cópia para o preenchimento. Se perdeu a cópia, encontrou erros ou dificuldade de preenchimento pode voltar a necessitar deste original.*

*2ª Não apague nenhum ponto deste formulário.*

*3º) Antes de gravar o documento final apague este bloco de instruções e as que se encontram no texto.*

*4º Quando terminar grave o documento em modo .PDF na opção “Guardar como...”.*

*5º O ficheiro em formato .PDF, depois de assinado, é o que deve ser enviado para efeitos legais.*

**CARACTERIZAÇÃO DOS SERVIÇOS**

**PARA ATRIBUIÇÃO DE**

**IDONEIDADE FORMATIVA**

**PARA O INTERNATO DE ORTOPEDIA**

*(Se pretender insira aqui o Logotipo do Serviço)*

**ANO DE**

**HOSPITAL:**

**SERVIÇO:**

**I**

**IDENTIFICAÇÃO**

|  |  |
| --- | --- |
| Departamento/Serviço |  |
| Hospital |  |
| Centro Hospitalar |  |
| Endereço: |  |
| Telefone: | Fax: | Telemóvel: |
| E-mail:  | Página Internet: |
| Observações:  |

**II**

**ORGANIZAÇÃO**

1. **Departamento de Ortopedia e Traumatologia**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Sim | Não |
| Serviço de Ortopedia e Traumatologia |  |  |
| Unidade de Ortopedia Infantil |  |  |
| Unidade de (a) |  |  |
| Unidade de (a) |  |  |
| Unidade de (a) |  |  |

1. Referir só as legalmente estabelecidas

*(Assinalar com X a opção válida Sim/Não) (Inclua ou retire linhas conforme as Unidades necessárias)*

1. **Idoneidade Formativa no Internato de Ortopedia pela Ordem dos Médicos, no ano anterior**

|  |  |
| --- | --- |
| Idoneidade Total: | Idoneidade Parcial (48 meses):  |
| Idoneidade Parcial(36 meses):  | Outras:  |

*(Assinalar com a opção válida com Sim e as inválidas com Não)*

* 1. **Protocolos com outras Instituições para a formação dos Internos do Internato de Ortopedia**

(Tipo, Valência Duração)

|  |
| --- |
| a) |
| b) |
| c) |
| d) |
| e) |
| Outras: |

Anexar outros elementos se necessário.

*(Inclua ou retire linhas conforme os Protocolos necessários)*

1. **Quadro Médico legal no ano anterior**

**3.1. Efectivos**

|  |
| --- |
| Director do Departamento (nome, especialidade e grau) :  |
| Director do Serviço (nome, especialidade e grau) :  |
|  | Nº Total | Nº de Vagas |
| Assistentes Graduados Sénior |  |  |
| Assistentes Graduados |  |  |
| Assistentes  |  |  |
| Internos do Internato de Ortopedia |  |  |

**3.2. Assistentes Graduados Sénior**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Nome | Idade | Especialidade pela OM em | Nº Cédula Profissional | Regime de trabalho |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

*(Inclua ou retire linhas conforme os elementos necessários)*

**3.3. Assistentes Graduados**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Nome | Idade | Especialidade pela OM em | Nº Cédula Profissional | Regime de trabalho |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

*(Inclua ou retire linhas conforme os elementos necessários)*

**3.4. Assistentes**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Nome | Idade | Especialidade pela OM em | Nº Cédula Profissional | Regime de trabalho |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

*(Inclua ou retire linhas conforme os elementos necessários)*

**3.6. Internos do Internato de Ortopedia**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nome | Idade | Nº Cédula Profissional | Início do Internato | Ano do Internato | Nome do Orientador |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| Especificar os internos colocados ao abrigo de acordos especiais (Forças Armadas, Regiões Autónomas, outros acordos:  |

*(Inclua ou retire linhas conforme os elementos necessários)*

**4. Gabinetes Médicos**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Sim | Não | Caracterização |
| Director de Serviço |  |  |  |
| Médicos do Quadro |  |  |  |
| Médicos Internos |  |  |  |
| Observações: |

*(Assinalar com X a opção válida Sim/Não)*

**5. Arquivo Clínico Organizado**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Sim | Não | Caracterização |
| Disponível em permanência |  |  |  |
| Do Serviço |  |  |  |
| * Arquivo Convencional
 |  |  |  |
| * Arquivo Informatizado
 |  |  |  |
| Central |  |  |  |
| * Arquivo Convencional
 |  |  |  |
| * Arquivo Informatizado
 |  |  |  |

*(Assinalar com X a opção válida Sim/Não)*

**6. Biblioteca**

**6.1. Do Serviço**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Sim | Não | Caracterização |
| Acesso à Internet |  |  |  |
| Videoteca |  |  |  |
| Outros |  |  |  |
| Observações: |
|  | Sim | Não | Caracterização |
| **6.2. Geral** |  |  |  |

*(Assinalar com X a opção válida Sim/Não)*

**6.3. Livros básicos actualizados**

(Título, Primeiro Autor, Língua, Data da Edição – 5 últimos anos)

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |

*Anexar outros elementos se necessário*

*(Inclua ou retire linhas conforme as publicações necessárias)*

**6.4. Livros específicos actualizados**

(Título, Primeiro Autor, Língua, Data da Edição – 5 últimos anos)

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |

*Anexar outros elementos se necessário*

*(Inclua ou retire linhas conforme as publicações necessárias)*

**6.5. Publicações periódicas com assinatura actualizada**

(Título, Língua, Acesso on-line)

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |

*Anexar outros elementos se necessário*

*(Inclua ou retire linhas conforme as publicações necessárias)*

**7. Actividades de Formação Permanente**

**7.1. Sessões Clínicas**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Sim | Não |
| De Ortopedia/Traumatologia |  |  |
| Multidisciplinares |  |  |
| Semanais |  |  |
| Mensais |  |  |
| Outra periodicidade |  |  |  |
| Caracterização: |

*(Assinalar com X a opção válida Sim/Não)*

**7.2. Trabalhos publicados, Trabalho Comunicados, Posters**

(Especificar individualmente qual o tipo de cada trabalho, título, autor, revista ou acontecimento científico, local e data da publicação, da comunicação ou da apresentação – 5 últimos anos)

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |

*Anexar outros elementos se necessário*

*(Inclua ou retire linhas conforme as publicações necessárias)*

**7.3. Programa anual de formação de Internos**

(Temas e sua calendarização)

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |

*Anexar outros elementos se necessário*

*(Inclua ou retire linhas conforme as publicações necessárias)*

**7.4. Programa de investigação clínica e/ou laboratorial**

(Título, responsável, prazo – últimos 5 anos)

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |

*Anexar outros elementos se necessário*

*(Inclua ou retire linhas conforme as publicações necessárias)*

**7.5. Avaliação dos internos**

|  |
| --- |
| Data da Avaliação Anual dos Internos no ano anterior:  |
|  | Sim | Não |
| Discussão do Curriculum vitae |  |  |
| História Clínica |  |  |
| Interrogatório Teórico |  |  |
| Discussão de relatório |  |  |
| Observações: |

*(Assinalar com X a opção válida Sim/Não)*

**8. Serviços de Documentação/Iconografia**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Sim | Não | Caracterização |
| Fotocópia |  |  |  |
| Fotografia |  |  |  |
| Vídeo |  |  |  |
| Slides |  |  |  |
| Projector de Slides |  |  |  |
| Retroprojector |  |  |  |
| Vídeo-projector de PC |  |  |  |

*(Assinalar com X a opção válida Sim/Não)*

**9. Secretariado do Serviço**

|  |  |
| --- | --- |
| Nº de Secretárias |  |
| Funções |

**10. Internamento no ano anterior**

**10.1. Nº total de camas:**

|  |  |
| --- | --- |
| Nº de camas de Ortopedia  |  |
| Nº de camas de Traumatologia |  |
| Nº de camas de Cirurgia de Ambulatório |  |
| Nº de camas de Ortopedia Infantil |  |
| No Serviço |  |
| Em Serviço de Pediatria |  |
| Nº de camas na Unidade de  |  |
| Nº de camas na Unidade de  |  |
| Nº de camas na Unidade de  |  |

*(Inclua ou retire linhas conforme as Unidades necessárias)*

**10.2. Organigrama do Internamento**

|  |
| --- |
|  |

*Anexar os elementos necessários*

**10.3. Urgência Interna**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Sim | Não |
| Médico de Urgência Interna |  |  |
| Ortopedista |  |  |
| Outro:  |  |  |

*(Assinalar com X a opção válida Sim/Não)*

**10.4. Visita à Enfermaria**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Sim | Não |
| Diária |  |  |
| Semanal |  |  |
| Caracterizar:  |

*(Assinalar com X a opção válida Sim/Não)*

**10.5. Movimento no Ano Anterior**

|  |  |
| --- | --- |
| Nº total de Internamentos  |  |
| Nº de Episódios em Cirurgia de Ambulatório |  |
| Nº de Admissões Urgentes |  |
| Nº de Admissões Programadas |  |
| Taxa de Ocupação (%)  |  |
| Demora Média (dias)  |  |

**10.6. Patologia Dominante**

Cite as 20 mais frequentes da Ortopedia e Traumatologia

|  |
| --- |
| 1) |
| 2) |
| 3) |
| 4) |
| 5) |
| 6) |
| 7) |
| 8) |
| 9) |
| 10) |
| 11) |
| 12) |
| 13) |
| 14) |
| 15) |
| 16) |
| 17) |
| 18) |
| 19) |
| 20) |

Cite as 10 mais frequentes da Ortopedia Infantil

|  |
| --- |
| 1) |
| 2) |
| 3) |
| 4) |
| 5) |
| 6) |
| 7) |
| 8) |
| 9) |
| 10) |

*Anexar outros elementos se necessário*

**11. Actividade Cirúrgica Global no ano anterior**

|  |  |
| --- | --- |
| Nº total de Operações realizadas |  |
| No Serviço |  |
| Em Cirurgia de Ambulatório |  |
| No Serviço de Urgência |  |

**11.1. Nº de Cirurgias**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **Ortopedia** | **Traumatologia** | **Ortopedia Infantil** |
| Membro Superior |  |  |  |
| Membro Inferior |  |  |  |
| Coluna |  |  |  |

**11.2. Bloco Operatório**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **No Bloco Central** | **No Serviço** | **No Serv. Urgência** |
| Sim | Não | Sim | Não | Sim | Não |
| Privativo |  |  |  |  |  |  |
| Partilhado com outras especialidades |  |  |  |  |  |  |
| Nº e caracterização das salas:  |

**11.3. Horas de cirurgia programada semanais**

|  |  |
| --- | --- |
| Nº de Horas Semanais |  |
| Nº de Sessões Cirúrgicas Semanais |  |

**11.4. Movimento Operatório - Caracterização**

Cite as 20 operações mais realizadas de Ortopedia e Traumatologia

|  |
| --- |
| 1) |
| 2) |
| 3) |
| 4) |
| 5) |
| 6) |
| 7) |
| 8) |
| 9) |
| 10) |
| 11) |
| 12) |
| 13) |
| 14) |
| 15) |
| 1) |
| 16) |
| 17) |
| 18) |
| 19) |
| 20) |

Cite as 10 operações mais realizadas de Ortopedia Infantil

|  |
| --- |
| 1) |
| 2) |
| 3) |
| 4) |
| 5) |
| 6) |
| 7) |
| 8) |
| 9) |
| 10) |

*Anexar outros elementos se necessário*

**12. Participação de Equipas de Ortopedia no Serviço de Urgência**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Sim | Não |
| Participação de Equipas de Ortopedia no Serviço de Urgência |  |  |
| No próprio Hospital |  |  |
| Em outro Hospital |  |  |

*(Assinalar com X a opção válida Sim/Não)*

**12.1. Regime de trabalho na urgência, dos médicos do serviço**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Sim | Não |
| Regime de 12 horas semanais |  |  |
| Regime de 24 horas semanais |  |  |
| Outro (especificar):  |  |  |

*(Assinalar com X a opção válida Sim/Não)*

**12.2. Caracterização das equipas de ortopedia na urgência: anexar as escalas e horários concretos da urgência, das equipas de ortopedia durante o mês de dezembro do ano anterior**

|  |  |
| --- | --- |
| Nº total de equipas de Ortopedia no Serviço de Urgência, deste Serviço |  |
| Nº total de médicos que constituem cada equipa de urgência |  |
| * + - Especialistas em Ortopedia
 |  |
| * + - Internos de Ortopedia
 |  |
| * + - Outros (Nº/Especialidade)
 |  |

**12.3. Tratamento Ortotraumatológico e cirúrgico no Serviço de Urgência**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Sim | Não | Referenciado para |
| Ortopedia Infantil |  |  |  |
| Grande Politraumatizado |  |  |  |
| Traumatismo Vertebro-medular |  |  |  |
| Nº médio de doentes assistidos pela Ortopedia na Urgência, em cada 24 horas |  |
| Nº total de cirurgias orto-traumatológicas realizadas na urgência, no ano anterior |  |
|  | Sim | Não |
| Todos os casos cirúrgicos são operados na urgência |  |  |
| Percentagem de casos cirúrgicos transferidos antes de operar | **%** |
| Motivo: | **%** |

*(Assinalar com X a opção válida Sim/Não)*

**13. Consulta Externa no ano anterior**

|  |  |
| --- | --- |
| Nº Total de Consultas |  |
| Nº Total de Primeiras Consultas |  |
| Consultas de Ortopedia |  |
| Consultas de Traumatologia |  |

**13.1. Nº de Gabinetes**

|  |  |
| --- | --- |
| Nº de Gabinetes de Consulta |  |

**13.2. Períodos de Consulta semanal por médico**

|  |  |
| --- | --- |
| Nº de Horas semanais de consulta por médico |  |

**13.3. Consulta de Ortopedia Infantil**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Sim | Não |
| Realizada por Ortopedista Infantil |  |  |
| Nº Total de Consultas no ano anterior |  |
| Períodos de Consulta por semana |  |
| Nº de Horas semanais de consulta por médico |  |

*(Assinalar com X a opção válida Sim/Não)*

**13.4. Consulta da Unidade de**

|  |  |
| --- | --- |
| Nº Total de Consultas no ano anterior |  |
| Períodos de Consulta por semana |  |
| Nº de Horas semanais de consulta por médico |  |

*(Inclua as Unidades necessárias)*

*Anexar outros elementos se necessário*

**14. Meios Auxiliares de Diagnóstico e Técnicas Diferenciadas**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Sim | Não |
| Ecografia |  |  |
| Realizada por Radiologista |  |  |
| Realizada por Ortopedista |  |  |
| Artroscopia |
| Artroscopia do Ombro |  |  |
| Artroscopia da Anca |  |  |
| Artroscopia do Joelho |  |  |
| Pequenas articulações |  |  |

*(Assinalar com X a opção válida Sim/Não)*

**14.1. Carências**

|  |
| --- |
|  |

**15. Serviços Apoiantes**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Sim | Não | Caracterização |
| Anestesiologia |  |  |  |
| Consulta da Dor |  |  |  |
| Análises Clínicas |  |  |  |
| Imunohemoterapia |  |  |  |
| Imagiologia |  |  |  |
| Ecografia |  |  |  |
| TAC |  |  |  |
| RM |  |  |  |
| Anatomia Patológica |  |  |  |
| Unidade de Cuidados Intensivos |  |  |  |
| Fisioterapia |  |  |  |
| Medicina Interna |  |  |  |
| Pediatria organizada |  |  |  |
| Articulação com a Maternidade |  |  |  |

*(Assinalar com X a opção válida Sim/Não)*

**16. Patologia transferida para outros hospitais**

|  |
| --- |
|  |

**16.1. Hospitais de referência para onde os doentes são transferidos**

|  |
| --- |
|  |

**16.2. Caracterização da resposta dos Hospitais de referência**

|  |
| --- |
|  |

**17. Banco de Ossos**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Sim | Não |
| Banco de Ossos |  |  |

*(Assinalar com X a opção válida Sim/Não)*

**18. Laboratório de Próteses**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Sim | Não |
| Laboratório de Próteses |  |  |

*(Assinalar com X a opção válida Sim/Não)*

**19. Competências a que o Serviço se dedica**

|  |
| --- |
|  |

**20. Capacidade Formativa anual previsível para os próximos cinco anos**

|  |
| --- |
|  |

**21. Organigrama previsional do Serviço elaborado pelo Director de Serviço**

|  |
| --- |
|  |

*Anexar os elementos se necessário*

**22. Opinião do Director de Serviço sobre a idoneidade a atribuir ao Serviço para formação de Internos de Ortopedia**

|  |
| --- |
|  |

Data: Assinatura:

**Parecer da Comissão de Verificação de Idoneidade**

|  |
| --- |
|  |