**Colégio de Urologia**

**Questionário para avaliação de idoneidades dos Serviços**

(Incluir os dados do Ano Civil anterior)

|  |  |
| --- | --- |
| **Hospital:** | |
| Instalações Próprias (Sim/Não) | ANO considerado: |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Enquadramento do Hospital** | | |
| **Hospital** | Estatal |  |
| Estatal /Escolar |  |
| Parceria Público-privada/Escolar |  |
| **População da área de referenciação** | |  |
| **Urgência** | Polivalente |  |
|  | Médico – cirúrgica |  |
| **Tem Unidade de Trauma** | |  |
| **Tem transplante renal** | |  |
| **Tem Unidade de Medicina da Reprodução** | |  |
| **Tem investigação ligada ao serviço** | |  |
| **Tem ginecologia e obstetrícia** | |  |
| **Tem Nefrologia** | |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Recursos humanos** | | | | | | | |
| Número de Chefes de Serviço | | | | | | |  |
| Número de Assistentes Graduados | | | | | | |  |
| Número de Especialistas | | | | | | |  |
| Quantos têm capacidades pedagógicas, técnicas e/ou querem ser orientadores | | | | | | |  |
| Número de internos por ano | 1º | 2º | 3º | 4º | 5º | 6º | TOTAL |
|  |  |  |  |  |  |  |
| Tem secretário próprio na consulta e no internamento? | | | | | | |  |
| Quantos enfermeiros fixos existem na consulta | | | | | | |  |
| Idoneidade Actual (total/parcial(meses) | | | | |  |  | |
| Idoneidade Requerida: | | | | |  |
| **Número de Internos que se propõe admitir no próximo Ano:** | | | | | | |  |

O Director do Serviço de Urologia

Data:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Espaço físico** | | |
| **Consulta externa** | Gabinetes para consulta – quantos? |  |
| Tem sala própria para EUD |  |
| Tem gabinete para endoscopia |  |
| Tem gabinete de ecografia |  |
| **Bloco operatório** | Tempos por semana na cirurgia normal |  |
| Tempos semanais de cirurgia de ambulatório |  |
| Tem bloco próprio para cirurgia de ambulatório c/ anestesia |  |
| Tem bloco próprio para cirurgia endoscópica |  |
| **Internamento** | Número de camas |  |
| Sala de reuniões |  |
| Sala para procedimentos |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Equipamento:** | | |
| **Consultas** | Tem cistoscópio Flexível? |  |
| Tem cistoscópio rígido? |  |
| Tem câmara? |  |
| Tem ecógrafo próprio? |  |
| Tem aparelho de urodinâmica? |  |
| Tem videourodinâmica? |  |
| Tem litotritor extracorporal? |  |
| **Equipamento no bloco** | Tem cistoscópio para litotrica vesical? |  |
| Tem nefroscópio rígido e flexível? |  |
| Tem arco-em-C alocado á Urologia? |  |
| Tem ressectoscópios bipolares e Unipolares? |  |
| Tem ureterorrenoscópio Flexível? |  |
| Tem ureterorrenoscopio semi-rígido? |  |
| Tem uretrótomo? |  |
| Tem *Litoclast Master* ? |  |
| Tem litotritor ultrassónico? |  |
| Tem laser Holmium? |  |
| Tem laser KTP? |  |
| Tem laser Holep? |  |
| Tem câmara? |  |
| Tem material (torre)para Laparoscopia? |  |
| Tem ecógrafo? |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Actividade** | | | | |
| **Consultas** | Quantas fez no ano anterior | | |  |
| Qual a% de primeiras consultas | | |  |
| **Consultas de especialidade** | Andrologia | | |  |
| Uroneuroginecologia | | |  |
| Litíase urinária | | |  |
| Oncologia urológica | | |  |
| Urologia pediátrica | | |  |
| **Cirurgia** | **Nº Total de Cirurgias** | | |  |
| Cirurgia ao abrigo do programa SIGIC | | |  |
| Nº de Cirurgias de Ambulatório | | |  |
| Cirurgia de Urgência | | |  |
| Cirurgias laparoscópicas | | Rim |  |
| Próstata |  |
| Bexiga |  |
| Quantas cirurgias percutâneas | | |  |
| Quantas “RIRS”(cirurgiaIntrarrenal) | | |  |
| Quantas uretroplastias com enxerto/retalho | | |  |
| Quantas prostatectomias radicais abertas | | |  |
| Quantas cisto prostatectomias | Neobexiga | |  |
| Ureteroileostomia | |  |
| Ureterostomia cutânea | |  |
| Nefrectomias | | |  |
| Nefroureterectomias | | |  |
| Correcção da IUE | | |  |
| Cirurgia dos genitais externos | | |  |
| Cirurgia endoscópica | RTUP | |  |
| RTU-V | |  |
| Ureterorrenoscopias | |  |
| **MCDT** | Cistoscopias | | |  |
| Ecografias urológicas | | |  |
| Biópsias prostáticas | | |  |
| Nefrostomias percutâneas ecoguiadas | | |  |
| EUD | | |  |
| Urofluxometriasisoladas | | |  |
| **LEOC**- Quantos tratamentos | | | |  |
| **Serviço de urgência** | Presença física | | 24 horas |  |
| 12 horas |  |
| Prevenção | | |  |
| **Reunião Semanal** | | | |  |
| **Reunião de Grupo multidisciplinar oncológico** | | | |  |
| **Internamento** | Número | | |  |
| Demora média | | |  |
| Taxa de ocupação | | |  |
| **Organização de Jornadas, Cursos, Congressos -** descrever em anexo | | | | |
| **Trabalhos Publicados** (Não contabilizar resumos) anexar lista | | | | |
| **Trabalhos comunicados fora do serviço** (anexar lista) | | | | |