**CARACTERIZAÇÃO DOS SERVIÇOS PARA**

**ATRIBUIÇÃO DE CAPACIDADES**

**FORMATIVAS**

**NEURORRADIOLOGIA**

**DEPARTAMENTO/SERVIÇO : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**HOSPITAL: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**DATA \_\_ / \_\_ / \_\_**

POR FAVOR ASSINALE COM (X) OU PREENCHA A(S) QUADRÍCULA(S) QUANDO FOR CASO DISSO

ESCREVA COM LETRA LEGÍVEL QUANDO NECESSÁRIO

**A - IDONEIDADE ATRIBUÍDA**

Por favor informe-nos, no quadro abaixo, relativamente ao último ano, quais os estágios e quais os respectivos internatos para os quais o Serviço é considerado idóneo pelos Colégios de Especialidades da Ordem dos Médicos.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Estágio** | **Duração** | **Internato** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**B – QUADRO MÉDICO (preenchido)**

• Número de Assistentes Graduados Seniores

Com horário completo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Com redução de horário \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

• Número de Assistentes Graduados

Com horário completo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Com redução de horário \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

• Número de Assistentes \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

• Número total de Médicos com horário inferior a 28 horas \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Relativamente ao ano em curso indique o número de Médicos do Internato de Neurorradiologia colocados no Serviço / Departamento:

1º ano ……… 4º ano ………

2º ano ……… 5º ano ………

3º ano ………

Número médio de internos de outros serviços/instituições a estagiar no serviço/departamento, por ano:

• da mesma especialidade … • de outras especialidades …

**C - DOCUMENTAÇÃO**

❖ Existe ARQUIVO CLÍNICO organizado? …………………… Sim Não

• Se SIM o arquivo clínico é ………………………………… Central Do Serviço

• O arquivo clínico está informatizado? ………………………….. Sim Não

❖ Existe BIBLIOTECA organizada? ……………………………….. Sim Não

• Se SIM a biblioteca é ………...……………………….…… Central Do Serviço

• Existem livros básicos atualizados e específicos da especialidade? Sim Não

• Recebem publicações periódicas da especialidade? ……………….. Sim Não

• Existe acesso livre e permanente à internet? ……………….. Sim Não

**D – ATIVIDADE CIENTÍFICA**

❖Realizam-se sessões clínicas no serviço (internas)? …Semanais Quinzenais Não

❖Realizam-se sessões clínicas interdisciplinares? … Semanais Quinzenais Não

❖Número de trabalhos publicados indexados no ano transacto ……….

❖Número de comunicações orais, fora do serviço, no ano transacto ….

❖Outras atividades (Ex: organização de cursos pós-graduados, participação no ensino, participação de tutores em cursos de orientação de formação, avaliação da qualidade da formação através de inquéritos aos internos, etc)

........................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

**E – EQUIPAMENTOS**

❖ Quais os equipamentos de diagnóstico e/ou terapêutica existentes no Serviço

(equipamentos partilhados e/ou exclusivos da área de especialidade?)

........................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

**F – SERVIÇO DE INTERNAMENTO**

* Tem possibilidade de Internamento, quando necessário ? …………… Sim Não
* Observações :.................................................................................................................................................................................................................................................................................

**G - CONSULTA EXTERNA DE GRUPO E/OU DE NEURORRADIOLOGIA DE INTERVENÇÃO**

* Número total de consultas no ano transacto ………..………………………….…..
* Número de primeiras consultas no ano transacto ………………………………….
* Observações: :...............................................................................................................................................................................................................................................................................

**H - SERVIÇO DE URGÊNCIA**

❖ Autónoma e com presença física permanente …………………………… Sim Não

❖ Autónoma, mas em regime de prevenção/chamada ……………………… Sim Não

❖ Telerradiologia ……………………… Sim Não

* Observações: :...............................................................................................................................................................................................................................................................................

**I – TÉCNICA / DIAGNÓSTICA / TERAPÊUTICA**

❖ Discrimine os principais exames / intervenções e respectivo número total, efectuados no último ano:

........................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

**J –** **IDONEIDADE POR ESTÁGIO**

Atendendo a estas características, este Serviço pretende que lhe seja reconhecida idoneidade formativa para os seguintes estágios:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Estágio | Duração | Internato |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**K –** **CAPACIDADE FORMATIVA**

* Qual o número total de internos que o serviço pretende admitir para o próximo ano?

**L - RESPONSABILIDADE POR ESTA INFORMAÇÃO**

em: \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_

O ou Pl’ O DIRETOR DO SERVIÇO

Nome: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Categoria: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

em: \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_

O DIRETOR DO INTERNATO MÉDICO

Nome: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_