**Colégio de Ginecologia/Obstetrícia**

**INQUÉRITO AOS SERVIÇOS COM A FINALIDADE DE AVALIAR A SUA IDONEIDADE E CAPACIDADE FORMATIVA PARA O INTERNATO DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA**

##### ANO\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(preencher com dados referentes ao último ano)

Hospital\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Localidade\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Director(es)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**A – AVALIAÇÃO GERAL DA IDONEIDADE E CAPACIDADE FORMATIVA**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  | | | | *sim* | *não* |
|  |  | Serviço único de G e O | | | |  |  |
|  |  | Serviços independentes de G e O | | | |  |  |
| Um departamento com dois serviços independentes | | | |  |  |
| **Indique com que serviços e unidades há articulação programada**: | | | | | | | |
| SERVIÇOS E UNIDADES | | | *sim* | *não* | SERVIÇOS E UNIDADES | *sim* | *não* |
| Serviço de Medicina | | |  |  | Serviço Imuno-Hemoterapia |  |  |
| Serviço Cirurgia Geral | | |  |  | Serviço Patologia Clínica |  |  |
| Serviço Anestesiologia | | |  |  | Unidades de cuidados intensivos neonatal |  |  |
| Serviço Anatomia-Patológica | | |  |  | Unidade de cuidados intensivos polivalente de adultos |  |  |
| Serviço Radiologia | | |  |  |  |  |  |

**Indique o número de especialistas……………………………………………………………....**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | *Número* |  |  |
| Camas em Obstetrícia |  | Camas no bloco de partos |  |
| Camas em Ginecologia |  | Salas operatórias *no bloco de partos* para cirurgia de urgência |  |

**Indique o número das seguintes consultas e técnicas:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | *Número* |  | *Número* |
| Consultas de Obstetrícia (total) |  | Colposcopia |  |
| Consultas de Ginecologia (total) |  | Histeroscopia |  |
| Consultas de Patologia Mamária |  | Consultas de Uroginecologia |  |
| Outras: |  | Outras: |  |
| Número de partos |  | Percentagem de cesarianas |  |
| Percentagem de ventosas |  | Percentagem de forceps |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Doentes operadas (total de ginecologia) |  | Histerectomias abdominais |  |
| Horas por semana de bloco operatório |  | Histerectomias vaginais |  |
| Doentes operadas por patologia mamária maligna |  | Laparoscopias diagnósticas e laparoscopias para fins de laqueação tubária |  |
| Doentes operadas por incontinência urinária |  | Laparoscopias (outras além do item anterior) |  |

**B - AVALIAÇÃO DA IDONEIDADE PARA OS ESTÁGIOS OBRIGATÓRIOS**

ESTÁGIO DE ECOGRAFIA OBSTÉTRICA E GINECOLÓGICA

|  |  |
| --- | --- |
| Nº especialistas dedicam mais de 50% do seu tempo à ecografia |  |
| O serviço está integrado num hospital de apoio perinatal diferenciado? |  |
| Número de ecografias obstétricas |  |
| Número de ecografias ginecológicas |  |
| Número de amniocenteses |  |

ESTÁGIO DE MEDICINA MATERNO-FETAL

|  |  |
| --- | --- |
| Nº especialistas dedicam mais de 50% do seu tempo à medicina materno fetal |  |
| O serviço está integrado num hospital de apoio perinatal diferenciado? |  |
| Número de partos com menos de 34 semanas |  |
| Número de consultas de medicina materno fetal |  |

ESTÁGIO DE GINECOLOGIA ONCOLÓGICA

|  |  |
| --- | --- |
| Nº especialistas dedicam mais de 50% do seu tempo à ginecologia oncológica |  |
| Número de novos casos/ano de cancro ginecológico |  |
| Número de consultas de ginecologia oncológica |  |
| Número de histerectomias radicais realizadas |  |

ESTÁGIO DE MEDICINA DA REPRODUÇÃO

|  |  |
| --- | --- |
| Nº especialistas dedicam mais de 50% do seu tempo à medicina da reprodução |  |
| Número de novos casais/ano com infertilidade |  |
| Número de consultas de infertilidade |  |
| Número de ciclos/ano realizados com recurso a laboratório de técnicas de procriação medicamente assistida |  |
| Número de cirurgias realizadas por problemas de infertilidade |  |

Identifique dos Internos e respectivos Orientadores de Formação

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | INTERNO (Nome) | Nº Cédula Profissional do Interno | Ano Internato | ORIENTADOR DE  FORMAÇÃO (Nome) |
| 1 |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |
| 8 |  |  |  |  |
| 9 |  |  |  |  |
| 10 |  |  |  |  |
| 11 |  |  |  |  |
| 12 |  |  |  |  |
| 13 |  |  |  |  |
| 14 |  |  |  |  |
| 15 |  |  |  |  |
| 16 |  |  |  |  |
| 17 |  |  |  |  |
| 18 |  |  |  |  |
| 19 |  |  |  |  |
| 20 |  |  |  |  |
| 21 |  |  |  |  |
| 22 |  |  |  |  |
| 23 |  |  |  |  |
| 24 |  |  |  |  |
| 25 |  |  |  |  |

**Indique o número de:**

|  |  |
| --- | --- |
| Comunicações orais e Posters em reuniões nacionais |  |
| Comunicações orais e Posters em reuniões internacionais |  |
| Publicações em revistas indexadas |  |
| Publicações em revistas não indexadas |  |

|  |
| --- |
| *Tendo por base as respostas a este inquérito e os objectivos do programa de formação da especialidade, qual é, na sua opinião, o número de novos internos/ano que, nas condições actuais, o seu serviço pode formar?.................................................................................................................................................*  Indique os estágios/objectivos de formação que considera ser necessário efectuar em outros serviços\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Comentários e sugestões do(s) Director(es) de Serviço(s)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |