**Colégio de Neurocirurgia**

**Caracterização dos serviços para atribuição de capacidades formativas**

**HOSPITAL ………………………………………………………………………….**

**DEPARTAMENTO/SERVIÇO …………………………………………………………...**

Existência de idoneidade pela Ordem dos Médicos: Total **□** Parcial \_\_\_\_ meses Não **□**

**A - QUADRO MÉDICO preenchido**



• Número de Assistentes Graduados Sénior…..…………………………………......................



* Número de Assistentes Graduados ……………………………………………………….…....



* Número de Assistentes Hospitalares …………………………………………………………..



* Número de Assistentes Eventuais ……………………………………………………….…….
* Número de Médicos em Formação Específica em Neurocirurgia:



|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 1º ano ……… |  | | 4º ano ………. | |  | |  | |
|  |  | | |  | | | | | |
|  | 2º ano ………. |  | | 5º ano ………. | |  | |  | |
|  |  | | |  | | | | | |
|  | 3º ano ………. |  | | 6º ano ………. | |  | |  | |
| Número médio de internos de outros serviços/instituições a estagiar no serviço/departamento/ano: | | | | | | | | | |
|  | • da mesma especialidade … | |  |  | • de outras especialidades … | |  | |  |



**B – DOCUMENTAÇÃO**

* Existe ARQUIVO CLINICO 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 **□** ou do Serviço **□**
* Existem livros básicos actualizados e específicos da especialidade? ….Sim **□** Não **□**
* Nºde terminais de computador com acesso de internet para os internos........................................**□**
* A instituição dispõe de sistema de avaliação de qualidade ?................................ Sim **□** Não **□**
* Há normas de orientação clínica definidas....……………..........................….….Sim **□** Não **□**

- Se sim, quais............................................................................

* N.º de casos operados pelos 2 especialistas mais recentes e ano de conclusão de internato

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

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

* Listagem das principais revistas neurocirúrgicas disponíveis para o serviço.

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

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

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

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

**C – ACTIVIDADE CIENTÍFICA**

* Realizam-se sessões clínicas? …………..Diárias **□**  Semanais **□** Quinzenais **□** Não **□**
* Há reuniões de morbilidade/mortalidade? ……..….Semanais **□** Quinzenais **□** Outra **□** Não **□**
* Listagem dos trabalhos publicados (5 mais importantes) nos últimos 3 anos: …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..........

……………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………



* Número de comunicações orais, fora do serviço, apresentadas pelos internos no ano transacto



* Reuniões científicas internacionais no último ano com participação dos internos

….………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

Outras actividades:…..………………………………………………………………………………………..

……………………………………………………………………………………………………..………….

**D –** Preencha este item somente se a especialidade recorre a

**MEIOS COMPLEMENTARES DE DIAGNÓSTICO ESPECÍFICOS**

TAC.... Sim **□** Não **□ /** RM.... Sim **□** Não **□ /** PET.... Sim **□** Não **□**

Angiografia.... Sim **□** Não **□** Tratamento endovascular.... Sim **□** Não **□**

**OUTRAS FUNCIONALIDADES**

Monitorização neurofisiológica intra-operatória............................................................. Sim **□** Não **□**

Doppler transcraniano...................................................................................................... Sim **□** Não **□**

Monitorização da PIC...................................................................................................... Sim **□** Não **□**

**E -** Preencha este item somente se a especialidade tiver

**SERVIÇO DE INTERNAMENTO**



* Número de camas exclusivas da especialidade ……………………………………………...



* Número de camas de cuidados intensivos específicas ……………………………………....



* Número de camas cuidados intermédios específicas …………………………………………
* Acesso a outras camas de cuidados intensivos ……………..……………..…… Sim **□** Não **□**
* Número de internamentos no ano transacto …………………………………………….

|  |  |
| --- | --- |
| * Demora média no ano transacto ……………………………………………………….... | dias |

* Taxa de ocupação no ano transacto …………………………………………………..



* Taxa de re-internamento a menos 5 dias no ano transacto ……………………..…..............



* Taxa de mortalidade no ano transacto ……………………...................................…..............
* O serviço tem médico escalado permanentemente? …………...………………… Sim **□** Não **□**
* Observações: ……………………………………………………………………………………………..

………………………………………………………………………………………………………………………

**BLOCO OPERATÓRIO**



Salas cirúrgicas específicas da neurocirurgia.……………………………………………………..



Outras salas cirúrgicas……………………………………………………….....................................

Microscópio.... Sim **□** Não **□ /** Aspirador ultrassónico.... Sim **□** Não **□ /**

Ultrassom.... Sim **□** Não **□ /** Arco estereotáxico.... Sim **□** Não **□ /**

Navegação Crânio… Sim **□** Não **□** Coluna…Sim **□** Não **□**

* Observações:…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**F -** Preencha este item somente se a especialidade tiver

**CONSULTA EXTERNA**



* Número total de consultas no ano transacto ………..……………………………………………



* Número de primeiras consultas no ano transacto ………………………………………………..
* Consultas específicas:………………..………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………...

**G -** Preencha este item somente se a especialidade tiver escala de

**SERVIÇO DE URGÊNCIA**

* Equipa tipo:………………………………………………………………………………………………….
* Há reduções à equipa tipo ? ………..…………………………………………….......Sim **□** Não **□**
* Especifique:………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**H –** Preencha este item somente se a especialidade for

**TERAPÊUTICA**



* Número de doentes operados no último ano ? ……………………………………..
* Descrimine as principais intervenções, e respectivo número total, efectuadas no último ano:

TCE ...........................................................................

* Craniotomias...............................
* Craniect. descompressivas..........
* Outros.........................................

TUMORES SUPRATENTORIAIS..........................

* Craniotomias...............................
* Biópsias estereotáxicas..............
* Transesfenoidais.........................

TUMORES INFRATENTORIAIS..........................

* Tumores extrínsecos.....................
* Tumores intrínsecos.....................

INFECÇÕES INTRACRANIANAS.........................

VASCULAR..............................................................

* Aneurismas.................................
* MAVs.........................................
* Hemorragias intracerebrais.........
* Tratamento endovascular...........

HIDROCEFALIAS...................................................

* Shunts........................................
* Endoscopias.............................
* DVEs...........................................

RÁQUIS........................................................................

* Cervical, anterior, sem instrumentação.....
* Cervical, anterior, com instrumentação.....
* Cervical, posterior, sem instrumentação.....
* Cervical, posterior, com instrumentação....
* Lombar, posterior, sem instrumentação.....
* Lombar, posterior, com instrumentação.....
* Tumores extradurais...................................
* Tumores intradurais extra-medulares........
* Tumores intramedulares............................
* Traumatismos vertebro-medulares………

ESTEREOTÁXICA E FUNCIONAL.............................

* Estimulação cerebral profunda.................
* Implantação de bombas............................
* Dor............................................................
* Epilepsia – eléctrodos...............................
* Epilepsia – cirurgia resectiva....................
* Microdescompr. vascular..........................

NERVOS PERIFÉRICOS............................................

* Mediano.................................................
* Cubital...................................................
* Outros....................................................

CATÉTERES DE PIC................................................

OUTROS.....................................................................

* Chiari...........................................
* Cranioplastias..............................
* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

PEDIATRIA (<18 ANOS)

HIDROCEFALIAS.......................................................

* Shunts............................................
* Endoscopias..................................
* DVEs............................................

MALFORMAÇÕES....................................................

* Craniossinostoses.........................
* Disrafismos caudais......................
* Outras...........................................

TCE ...............................................................................

* Craniotomias..................................
* Craniect. descompressivas.............
* Outros............................................

TUMORES SUPRATENTORIAIS...............................

LESÕES DA FOSSA POSTERIOR............................

VASCULAR……………………….............................

RÁQUIS......................................................................

ESTEREOTÁXICA E FUNCIONAL........................

* Espasticidade..............................
* Epilepsia.....................................

OUTROS.....................................................................

* Cranioplastias................................
* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |
| --- | --- |
| TOTAL |  |
| ADULTOS |  |
| PEDIATRIA |  |

Observações:…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**I - PROGRAMA DA FORMAÇÃO ESPECÍFICA EM NEUROCIRURGIA**

* A instituição permite cumprir integralmente todo o programa

e tempos de duração dos estágios previstos? ………………………………......…Sim **□** Não **□**

* Em caso NEGATIVO existe protocolo de cooperação com

outra instituição ? …………………………………………………………………..…Sim **□** Não **□**

* Se EXISTE protocolo, descrimine os estágios, local e tempo:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Estágio | Local | Tempo |

( em meses)

* O Logbook da EANS é utilizado..………………………….....................….……… .Sim **□** Não **□**
* Há avaliação regular registada da progressão do internato .......................…….…… .Sim **□** Não **□**
* Existe exposição programada a subespecialidades neurocirúrgicas ...…...............… .Sim **□** Não **□**
* De que forma: ………………………………………………………………………………....

…………………………………………………………………………………………………

* Resumo dos totais de cirurgia de cada interno indicando o ano de treino (T/TS/C/A)

…………………………………………………………………………………………………...............................

………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………

**J - CAPACIDADE FORMATIVA**

* Qual é o número de internos que o serviço pretende admitir para o

próximo ano ? …………………………………………….……………..………………………..



* Qual é o número máximo de internos, de todos os anos de formação,

que o serviço pode receber? …………………….…………………………………………..



* Médicos que concluíram o internato nos últimos 5 anos e classificações obtidas

………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………..

**K - RESPONSABILIDADE DESTA INFORMAÇÃO**

EM: ………./……………………./………..

O DIRECTOR DO SERVIÇO. ………………………………………………………………………………………

Nome (em Maiúsculas): …………………………………………………………………………………….

Categoria: ………………………………………………………………………………………

**Parecer de DIRECTOR DO INTERNATO MÉDICO em:** ……../…………………/………

……………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………..

O DIRECTOR DO INTERNATO MÉDICO: ………………………………………………………

Nome (em maiúsculas): ………………………………………………………………….