*Inquérito de caracterização dos serviços de Gastrenterologia para atribuição de Idoneidade e Capacidade Formativa em Hepatologia*

(ANO………)

HOSPITAL……………………………………………………………………………………………………………..

**A. CARACTERIZAÇÃO DO SERVIÇO / UNIDADE/ SECÇÃO ( referente ao ano em curso)**

1.A HEPATOLOGIA NO SEU HOSPITAL É: SERVIÇO …… UNIDADE…… SECÇÃO…… OUTRO…

2.O serviço de Gastrenterologia TEM IDONEIDADE PELA ORDEM DOS MÉDICOS : SIM…NÃO……

 SE SIM, A IDONEIDADE É: TOTAL…… PARCIAL…... %.... Nº MESES…...

3.O serviço/unidade/secção de Hepatologia TEM IDONEIDADE PELA ORDEM DOS MÉDICOS:

 SIM… NÃO…

 SE SIM, A IDONEIDADE É : TOTAL…. PARCIAL…. (%)…..

4.

* TEM AUTONOMIA ADMINISTRATIVA SIM….. NÃO…..
* TEM QUADRO de PESSOAL MÉDICO PRÓPRIO SIM….. NÃO…..
* TEM RESPONSÁVEL ESPECIALISTA DE GASTRENTEROLOGIA SIM….. NÃO…..
* O DIRECTOR DO SERVIÇO DE GASTRENTEROLOGIA ESTÁ INSCRITO NO COLÉGIO DE HEPATOLOGIA SIM … NÃO….
* O RESPONSÁVEL PELA FORMAÇÃO EM HEPATOLOGIA ESTÁ INSCRITO NO COLÉGIO DE HEPATOLOGIA SIM….. NÃO…..
* QUANTOS ESPECIALISTAS DE GASTRENTEROLOGIA TEM O SERVIÇO - Nº …..
* QUANTOS GASTRENTEROLOGISTAS DO SERVIÇO ESTÃO INSCRITOS NO COLÉGIO DE HEPATOLOGIA – Nº……

A-2 QUADRO MÉDICO DO SERVIÇO ( Nº TOTAL DE MÉDICOS DO QUADRO DO SERVIÇO….)

* Nº de ASSISTENTES GRADUADOS SÉNIOR ………………………………………………………...
* Nº de ASSISTENTES GRADUADOS SÉNIOR inscritos no Colégio de Hepatologia….
* Nº de ASSISTENTES GRADUADOS……………………………………………………………………
* Nº de ASSISTENTES GRADUADOS inscritos no Colégio de Hepatologia……………
* Nº de ASSISTENTES HOSPITALARES………………......................................................
* Nº de ASSISTENTES HOSPITALARES inscritos no Colégio de Hepatologia………….
* Nº de INTERNOS DE GASTRENTEROLOGIA………………………………………………………
* Nº de FORMANDOS em HEPATOLOGIA (internos ou especialistas)…………………
* Nº MÉDIO de INTERNOS de outros serviços/ hospitais EM ESTÁGIO DE HEPATOLOGIA NO SERVIÇO no ano em avaliação …………………………………………..
* Nº de ORIENTADORES DE FORMAÇÃO em GASTRENTEROLOGIA………….
* Nº de ORIENTADORES DE FORMAÇÃO AVANÇADA em HEPATOLOGIA…..

**B. DOCUMENTAÇÃO ( referente ao ano em curso)**

* ARQUIVO CLÍNICO SIM….. NÃO…..
* ARQUIVO INFORMATIZADO SIM….. NÃO…..
* PROCESSO CLÍNICO INFORMATIZADO SIM….. NÃO…..
* ARQUIVO ICONOGRÁFICO INFORMATIZADO- SIM….. NÃO…..
* BIBLIOTECA SIM….. NÃO…..
* CENTRAL SIM….. NÃO…..
* NO SERVIÇO SIM….. NÃO…..
* LIVROS ACTUALIZADOS DE HEPATOLOGIA- SIM….. NÃO…..
* RECEBEM PUBLICAÇÕES PERIÓDICAS DE HEPATOLOGIA - SIM…..NÃO…..
* ACESSO GRATUITO A REVISTAS DE HEPATOLOGIA (Internet)-SIM…. NÃO…..

**C. ACTIVIDADE CIENTÍFICA EM HEPATOLOGIA ( EM TEMAS DE HEPATOLOGIA )**

 **- INDICAR AS REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS DOS ARTIGOS PUBLICADOS NOS ÚLTIMOS TRÊS ANOS NO ANEXO NO FINAL DO QUESTIONÁRIO-**

* TRABALHOS PUBLICADOS ( no ano em avaliação) SIM….. NÃO… Nº…..

 Destes trabalhos, quantos foram publicados em revistas indexadas – Nº….

* TRABALHOS PUBLICADOS ( nos últimos 3 anos) SIM … NÃO… Nº….

 Destes trabalhos, quantos foram publicados em revistas indexadas - Nº….

* COMUNICAÇÕES CIENTÍFICAS ( no ano em avaliação) SIM….. NÃO…..Nº…..
* Comunicações orais – Nº……Posters – Nº.....outras- Nº……
* COMUNICAÇÕES CIENTÍFICAS (nos últimos 3 anos) SIM….. NÃO… Nº….
* Comunicações orais – Nº……Posters-Nº……..outras-Nº……
* PARTICIPAÇÃO DE MÉDICOS DO SERVIÇO EM MESAS-REDONDAS OU CONFERÊNCIAS

 no ano em avaliação SIM…..NÃO…..Nº…..

* PARTICIPAÇÃO DE MÉDICOS DO SERVIÇO EM MESAS-REDONDAS OU CONFERÊNCIAS (nos últimos 3 anos) SIM…… NÃO……..Nº….
* REUNIÕES CLÍNICAS DE HEPATOLOGIA SIM….. NÃO…..
* PERIODICIDADE: semanal… .. quinzenal…..
* SESSÕES TEMÁTICAS DE HEPATOLOGIA SIM ….. NÃO…..
* SESSÕES ANÁTOMO-CLÍNICAS SIM….. NÃO…..
* SESSÕES BIBLIOGRÁFICAS (JOURNAL CLUB) SIM….. NÃO…..
* OUTRAS SIM…. NÃO….

**D. INTERNAMENTO**

**1.ENFERMARIA**

* CAMAS EXCLUSIVAS DE HEPATOLOGIA SIM….. NÃO….. NÚMERO…..
* ACESSO A CAMAS PARA HEPATOLOGIA NO SERV GASTRENTEROLOGIA OU NOUTRO SERVIÇO SIM….. NÃO…
* Nº CAMAS DO SERV. GASTRENTEROLOGIA – Nº……..
* Nº TOTAL DE INTERNAMENTOS na Gastrenterologia e Hepatologia NO ANO EM AVALIAÇÃO -Nº…..
* Nº TOTAL DE INTERNAMENTOS na Gastrenterologia e Hepatologia NOS ÚLTIMOS 3 ANOS –Nº…..
* Nº DE INTERNAMENTOS DE HEPATOLOGIA NO ANO EM AVALIAÇÃO (excluir internamentos de ≤ 24 horas) - Nº …..
* Nº DE INTERNAMENTOS DE HEPATOLOGIA NOS ÚLTIMOS 3 ANOS (excluir internamentos de ≤ 24 horas) – Nº…..
* MÉDIA DA TAXA DE OCUPAÇÃO DO SERVIÇO DE GASTRENTEROLOGIA nos últimos 3 anos………….

2- UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS (referente ao ano em avaliação)

* UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS SIM…... NÃO…..
* NO SERVIÇO SIM….. NÃO…..
* NO HOSPITAL SIM ….. NÃO…..

**E. CONSULTA EXTERNA DE HEPATOLOGIA**

* TODOS OS PERÍODOS DE CONSULTA DE HEPATOLOGIA TÊM SUPERVISÃO DE ESPECIALISTA EM HEPATOLOGIA SIM… NÃO…
* Nº TOTAL DE CONSULTAS de Hepatologia NO ANO TRANSACTO……
* Nº DE PRIMEIRAS CONSULTAS de Hepatologia NO ANO TRANSACTO……
* Nº TOTAL DE CONSULTAS de Hepatologia dos últimos 3 anos…….
* Nº TOTAL DE PRIMEIRAS CONSULTAS de Hepatologia dos últimos 3 anos…
* TEM OUTRA CONSULTA especializada de suporte para a Hepatologia (Nutrição, Psicologia, Enfermagem, outra) SIM….. NÃO…..
* DISCRIMINE…………………………………………..

**F. SERVIÇO DE URGÊNCIA (referente ao ano em avaliação)**

* URGÊNCIA INTERNA DE GASTRENTEROLOGIA SIM….. NÃO…..
* Presença física….. Prevenção…… Chamada.....
* ENDOSCOPIA DE URGÊNCIA SIM….. NÃO…..

**G. EXAMES COMPLEMENTARES DE HEPATOLOGIA**

INSTALAÇÕES

* UNIDADE DE TÉCNICAS SIM….. NÃO…
* LABORATÓRIO DE VIROLOGIA acessível SIM….. NÃO…..
* LABORATÓRIO DE GENÉTICA acessível SIM….. NÃO…..

TÉCNICAS DIAGNÓSTICAS E TERAPÊUTICAS (acessível no Serviço ou no Hospital/Centro Hospitalar, ou em parceria com outro hospital associado) :

* BIÓPSIA HEPÁTICA PERCUTÂNEA (no ano em avaliação) SIM… NÃO… Nº…..
* Nº TOTAL dos últimos 3 anos Nº…..
* ECOGRAFIA ABDOMINAL SUPERIOR(no ano em avaliação) SIM… NÃO… Nº…..
* Nº TOTAL dos últimos 3 anos Nº…..
* ELASTOGRAFIA HEPÁTICA (no ano em avaliação) SIM … NÃO… Nº…..
* Nº TOTAL dos últimos 3 anos Nº…..
* ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA ( no ano em avaliação) SIM… NÃO… Nº…..
* Nª TOTAL dos últimos 3 anos Nº…..
* LAQUEAÇÃO ELÁSTICA DE VARIZES ESOFÁGICAS/GÁSTRICAS
* (no ano em avaliação) SIM ….NÃO… Nº…..
* Nº TOTAL dos últimos 3 anos Nº…..
* ESCLEROSE DA VARIZES ESOFÁGICAS /GÁSTRICAS
* (no ano em avaliação) SIM… NÃO… Nº…..
* Nº TOTAL dos últimos 3 anos Nº…..
* ECOENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA ( no ano em avaliação) SIM… NÃO… Nº…..
* Nº TOTAL dos últimos 3 anos Nº…..
* CPRE (no ano em avaliação) SIM… NÃO…Nº…..
* Nº TOTAL dos últimos 3 anos Nº…..
* ESFINCTEROTOMIA ENDOSCÓPICA BILIAR/PANCREÁTICA
* (no ano em avaliação) SIM…. NÃO…Nº…..
* Nº TOTAL dos últimos 3 anos Nº…..
* PRÓTESES BILIARES/PANCREÁTICAS (no ano em avaliação) SIM…. NÃO….Nº….
* Nº TOTAL dos últimos 3 anos
* CPT (no ano em avaliação) SIM… NÃO….Nº…..
* Nº TOTAL dos últimos 3 anos Nº…..
* BIÓPSIA HEPÁTICA TRANSJUGULAR (no ano em avaliação) SIM… NÃO… Nº…..
* Nº TOTAL dos últimos 3 anos Nº…..
* Estudo da HEMODINÂMICA HEPÁTICA(no ano em avaliação) SIM…. NÃO…. Nº…..
* Nº TOTAL dos últimos 3 anos Nº…..
* TIPS ( no ano em avaliação) SIM…. NÃO….Nº…..
* Nº TOTAL dos últimos 3 anos Nº…..
* PUNÇÃO HEPÁTICA ECOGUIADA (no ano em avaliação) SIM….NÃO…..Nº…..
* Nº TOTAL dos últimos 3 anos Nº…..
* TERAPÊUTICA DO CHC : alcoolização ( no ano em avaliação) SIM…. NÃO…. Nº…..
* Nº TOTAL dos últimos 3 anos Nº…..
* TERAPÊUTICA DO CHC : radiofrequência / micro-ondas
* (no ano em avaliação) SIM…. NÃO….Nº…..
* Nº TOTAL dos últimos 3 anos Nº…..
* TERAPÊUTICA DO CHC : quimioembolização
* (no ano em avaliação) SIM…. NÃO….Nº…..
* Nº TOTAL dos últimos 3 anos Nº…..
* OUTRAS –discriminar (no ano em avaliação) SIM… .NÃO….Nº…..
* Nº TOTAL dos últimos 3 anos Nº…..

H- PROGRAMA DE FORMAÇÃO EM TRANSPLANTE HEPÁTICO ( referente ao ano em curso)

1. O SERVIÇO, OU O HOSPITAL/ CENTRO HOSPITALAR, INCLUI VALÊNCIA DE TRANSPLANTE HEPÁTICO E PERMITE CUMPRIR PROGRAMA DE FORMAÇÃO DE HEPATOLOGIA INTEGRAL

SIM….NÃO….

2. O SERVIÇO NÃO TEM TRANSPLANTE HEPÁTICO ASSOCIADO, MAS TEM PROTOCOLO DE COLABORAÇÃO COM OUTRO HOSPITAL COM TRANSPLANTE HEPÁTICO

SIM… NÃO…. SE SIM, QUAL O HOSPITAL…………

3. SE NÃO TEM PROTOCOLO, A QUE SERVIÇO REFERENCIA OS SEUS INTERNOS/ESPECIALISTAS PARA ESTÁGIOS DE TRANSPLANTE HEPÁTICO

HOSPITAL…………….

I. 1 - DISCRIMINE O PROGRAMA DE ESTÁGIOS PREVISTOS EM TÉCNICAS HEPATOLÓGICAS

ESTÁGIO LOCAL DURAÇÃO (meses)

-………………………………………………………………………………………………………………

-………………………………………………………………………………………………………………

-………………………………………………………………………………………………………………

-………………………………………………………………………………………………………………

2. NÚMERO DE FORMANDOS DE HEPATOLOGIA QUE PRETENDE ADMITIR POR ANO:……

**3. RESPONSABILIDADE PELO PROGRAMA DE HEPATOLOGIA**

RESPONSÁVEL PELO PROGRAMA :……………………………………………………………………………………

 …………………………………………………………………………………..

 (Assinatura)

4. DIRECTOR DO SERVIÇO :…………………………………………………………………………………………………..

 ………………………………………………………………………………………

 (Assinatura)

…………………………………………………………………………………………………

(Local) (Data)

J. ANEXO 1. QUADRO DE MÉDICOS COM A SUBESPECIALIDADE DE HEPATOLOGIA

Nome Funções/Categoria

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

K. ANEXO 2. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS DOS ARTIGOSPUBLICADOS

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