**Colégio de Medicina do Trabalho**

**Inquérito para atribuição de idoneidade e capacidade formativa**

|  |  |
| --- | --- |
| Designação do Serviço: |  |
| Instituição: |  |

**Caraterização da Instituição em que o Serviço se insere.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Sim | Não |
| 1. O Serviço permite assegurar internamente o cumprimento de pelo menos 50% do programa de formação? |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 2. A Instituição dispõe das seguintes especialidades? | Sim | Não | C/ consulta área laboral |
| Medicina interna |  |  |  |
| Pneumologia |  |  |  |
| Imunoalergologia |  |  |  |
| Ortopedia |  |  |  |
| Dermatovenereologia |  |  |  |
| Medicina Física e de Reabilitação |  |  |  |
| Psiquiatria |  |  |  |
| Infecciologia |  |  |  |

**Caraterização do Serviço de Medicina do Trabalho / Saúde Ocupacional .**

1. Diretor de Serviço

|  |  |
| --- | --- |
| Nome: |  |
| Céd. Profissional:  | Especialista de MT desde: |
| Carga horária: horas/semana | Data de início de atividade: |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 2. Outros médicos do Serviço |  | Especialista MT |
| Nome: | C. Prof. | Sim | Não |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

3. Apoio de Enfermagem

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | N | Total carga horária / semana |
| Nº total de enfermeiros: |  |  |
| Em tempo completo: |  |  |
| Em tempo parcial: |  |  |

4. Técnicos de Higiene e Segurança

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | N | Total carga horária / semana |
| Total de técnicos superiores de higiene e seg. |  |  |
| Em tempo completo: |  |  |
| Em tempo parcial: |  |  |
| Outros técnicos de higiene e segurança |  |  |
| Em tempo completo: |  |  |
| Em tempo parcial: |  |  |

5. Suporte administrativo

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | N | Total carga horária / semana |
| Total de assistentes |  |  |
| Em tempo completo: |  |  |
| Em tempo parcial: |  |  |

6. Outros profissionais do serviço

|  |
| --- |
|  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 7. Espaço físico | Sim | Não | Quantos? |
| O serviço tem espaço próprio? |  |  |  |
| O serviço tem gabinetes médicos? |  |  |  |
| O serviço tem gabinetes de enfermagem? |  |  |  |
| O serviço tem sala /zona de acolhimento e espera? |  |  |  |
| Esta zona é exclusiva do serviço? |  |  |  |
| Outros espaços:  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 8. Outros dados |  | Sim | Não |
| O serviço tem ficheiro clínico próprio? |  |  |
| O ficheiro está informatizado? |  |  |
| O serviço tem arquivo clínico próprio, independente do arquivo geral? |  |  |
| O serviço possui manual de procedimentos? |  |  |

9. Como é garantida a confidencialidade dos dados?

|  |
| --- |
|  |

Local e data

Assinatura do Dir. / Coord. Do Serviço