**Colégio de Radioncologia**

**Inquérito aos Serviços para Atribuição de**

**Idoneidade e Capacidade Formativa**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **I. Identificação do Serviço** | | | |
|  | | |
| **Ano de Referência para os dados que servem de base de resposta ao presente inquérito** (à data de 31 de dezembro do ano em referência) | |  |
| **Unidade Hospitalar** |  | |
| **Localidade** |  | |
| **Diretor de Serviço** |  | |
| **Responsável pelo Internato** |  | |

**II. Estrutura do Serviço**

|  |  |
| --- | --- |
| **1.Recursos Humanos** | |
| **Médicos Especialistas** | |
| **Nº de Assistentes Graduados Sénior de Radioncologia** |  |
| **Nº de Assistentes Graduados de Radioncologia** |  |
| **Nº de Assistentes de Radioncologia** |  |
| **TOTAL** |  |
| **Caracterização Médicos Especialistas** |  |
| **Nº Especialistas de Radioncologia com < 35 horas semanais** |  |
| **Nº Especialistas de Radioncologia com > 35 horas semanais** |  |
| **Nº Especialistas de Radioncologia com mais de 2 anos de especialidade e > 35 horas semanais, com disponibilidade para orientação de internos (excluído o Diretor de Serviço)** |  |
| **Físicos Hospitalares** | |
| **Nº Físicos Hospitalares dedicados** |  |
| **Técnicos de Radioterapia** | |
| **Nº Técnicos de Radioterapia** |  |
| **Enfermeiros** | |
| **Nº Enfermeiros** |  |
| **Assistentes Operacionais** | |
| **Nº Assistentes Operacionais** |  |
| **Assistentes Técnicos** | |
| **Nº Assistentes Técnicos** |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **2. Instalações e Equipamento** | | | | |
| **Instalações** | **Sim** | | **Não** | |
| **Integração em ambiente hospitalar** |  | |  | |
| **Espaços adequados de trabalho/estudo para os médicos serviço** |  | |  | |
| **Espaços adequados de trabalho/estudo para os médicos internos** |  | |  | |
| **Espaços adequados para os doentes** |  | |  | |
| **Internamento sob responsabilidade do Serviço de Radioncologia** |  | |  | |
| **Sala de reuniões** |  | |  | |
| **Secretariado clinico e administrativo próprio** |  | |  | |
| **Gabinetes** | **Nº** | | | |
| **Nº Gabinetes Consulta** |  | | | |
| **Nº de Salas/ Gabinetes Enfermagem** |  | | | |
| **Equipamento Técnico** | | | | |
| **Nº Total de Aceleradores em Funcionamento** |  | | | |
| **Nº Aceleradores com Energia Dual em Funcionamento** |  | | | |
| **Nº de TCs planeamento dedicados** |  | | | |
| **Acesso RM para planeamento de tratamento** | **Sim** |  | **Não** |  |
| **Acesso PET TC para planeamento de tratamento** | **Sim** |  | **Não** |  |
| **Sistemas de Imobilização** | **Sim** |  | **Não** |  |
| **Simulador Virtual** | **Sim** |  | **Não** |  |
| **Simulador Convencional** | **Sim** |  | **Não** |  |
| **Sistemas de Planeamento 3D** | **Sim** |  | **Não** |  |
| **Sistemas de Planeamento Intensidade Modelada ( IMRT, Arcoterapia)** | **Sim** |  | **Não** |  |
| **Sistema de Rede Informática Integrada** | **Sim** |  | **Não** |  |
| **Bloco operatório (com condições de assepsia)** | **Sim** |  | **Não** |  |
| **Equipamento de Registo Clinico e Arquivo** | | | | |
| **Registo Clínico Hospitalar em Suporte Eletrónico** | **Sim** |  | **Não** |  |
| **Registo Clínico Hospitalar em Suporte Papel** | **Sim** |  | **Não** |  |
| **Registo Clínico Individual de Radioterapia em Suporte Eletrónico** | **Sim** |  | **Não** |  |
| **Registo Clínico Individual de Radioterapia em Suporte Papel** | **Sim** |  | **Não** |  |
| **Acesso a Arquivo Clínico Centralizado** | **Sim** |  | **Não** |  |
| **Acesso a Arquivo de Planeamento de Radioterapia** |  |  |  |  |
| **Equipamento Educativo** | | | | |
| **Disponibilidade de Recursos Audiovisuais** | **Sim** |  | **Não** |  |
| **Acesso a biblioteca física ou virtual da especialidade** | **Sim** |  | **Não** |  |
| **Acesso a meios informáticos e internet** | **Sim** |  | **Não** |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **3. Técnicas de Radioterapia Disponíveis** |  |  |
| **Técnicas de Radioterapia Externa** | **Sim** | **Não** |
| **Radioterapia Conformacional 3D** |  |  |
| **Radioterapia de Intensidade Modulada** |  |  |
| **Radioterapia Estereotáxica Extracraniana** |  |  |
| **Radioterapia Estereotáxica Craniana** |  |  |
| **Radioterapia Intraoperatória** |  |  |
| **Irradiação Corporal Total com Fotões** |  |  |
| **Irradiação Corporal Total com Eletrões** |  |  |
| **Braquiterapia** | **Sim** | **Não** |
| **Intersticial** |  |  |
| **Intracavitária** |  |  |
| **Alta taxa de Dose (HDR)** |  |  |
| **Baixa taxa de Dose (LDR)** |  |  |
| **Dose Pulsada (PDR)** |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **II. Atividade Clínica** |  |
| **1. Atividade Assistencial** |  |
| **Doentes Tratados com Radioterapia Externa (área de patologia)** | **Nº** |
| **Sistema nervoso Central** |  |
| **Cabeça e pescoço** |  |
| **Pulmão/mediastino** |  |
| **Mama** |  |
| **Digestivos** |  |
| **Ginecológicos** |  |
| **Urológicos** |  |
| **Hematologia** |  |
| **Sarcomas** |  |
| **Pele** |  |
| **Pediátricos** |  |
| **Metástases** |  |
| **Benignos** |  |
| **TOTAL** |  |
| **Doentes Tratados com Radioterapia Externa (Técnica)** | **Nº** |
| **Conformacional 3D** |  |
| **Intensidade Modulada** |  |
| **Estereotáxica Extracraniana** |  |
| **Estereotáxica Craniana** |  |
| **Intra-Operatória** |  |
| **Irradiação Corporal Total com Fotões** |  |
| **Irradiação Corporal Total com Eletrões** |  |
| **TOTAL** |  |
| **Planeamentos de Radioterapia Externa realizados** | **Nº** |
| **TOTAL** |  |
| **Tratamentos de Radioterapia Externa realizados** | **Nº** |
| **TOTAL** |  |
| **Doentes Tratados com Braquiterapia ( área de patologia)** | **Nº** |
| **Mama** |  |
| **Ginecologia** |  |
| **Próstata** |  |
| **Pele** |  |
| **Outras** |  |
| **TOTAL** |  |
| **Tratamentos de Braquiterapia realizados** | **Nº** |
| **TOTAL** |  |
| **Consultas de Radioncologia** | **Nº** |
| **Consultas de 1ª vez** |  |
| **Consultas de Seguimento durante o tratamento** |  |
| **Consultas de Vigilância (pós tratamento)** |  |
| **TOTAL** |  |
| **Consultas Multidisciplinares** | **Nº** |
| **Institucionais *(nº de consultas multidisciplinares com participação de Radioncologistas do Serviço/semana)*** |  |
| **Inter-institucionais *(nº de consultas multidisciplinares com participação de Radioncologistas do Serviço/semana)*** |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **2. Qualidade e Segurança** | | |
|  | **Sim** | **Não** |
| **Protocolos Clínicos por Patologia** |  |  |
| **Folhetos Informativos de Consentimento Informado das diferentes patologias e tratamentos** |  |  |
| **Protocolos de Aquisição Imagem** |  |  |
| **Protocolos de imagem Guiada por Patologia** |  |  |
| **Protocolos adequados para garantir a administração correta e precisa da radiação ao doente** |  |  |
| **Auditoria Clinicas Internas** |  |  |
| **Auditoria Clinica Externa** |  |  |
| **Programas de Certificação** |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **III. Atividade Científica e Formativa** | | | | | |  | |
| **Reuniões de Serviço**  ***(discriminar em anexo)*** | | **Periódicas** | | | **Ocasionais** | **Nº** | |
| **Temáticas** | |  |  |  |  |  | |
| **Indústria** | |  |  |  |  |  | |
| **Administrativa** | |  |  |  |  |  | |
| **Inter-Serviços** | |  |  |  |  |  | |
| **Participação de elementos do Serviço em atividades letivas *(discriminar em anexo)*** | | | | | | **Sim** | **Não** |
| **Ensino Superior Universitário ( licenciatura, mestrado)** | | | | | |  |  |
| **Outro** | | | | | |  |  |
| **Comunicações orais e posters *(discriminar em anexo)*** | | | | | | **Nº** | |
| **Âmbito Nacional *( discriminar em anexo)*** | | | | | |  | |
| **Âmbito Internacional *( discriminar em anexo)*** | | | | | |  | |
| **Publicações  *(discriminar em anexo)*** | | | | | | **Nº** | |
| **Artigos Publicados em Revistas Indexadas *(discriminar em anexo)*** | | | | | |  | |
| **Artigos Publicados em Revistas Não Indexadas** | | | | | |  | |
| **Capítulos de Livros** | | | | | |  | |
| **Outros texto relevantes** | | | | | |  | |
| **Participação em Estudos de Investigação *(discriminar em anexo)*** | | | | | | **Nº** | |
| **Âmbito Nacional *(discriminar em anexo)*** | | | | | |  | |
| **Âmbito Internacional *(discriminar em anexo)*** | | | | | |  | |
| **Reconhecimentos e distinções *(discriminar em anexo)*** | | | | | | **Sim** | **Não** |
| **Prémios, distinções ou bolsas *(discriminar em anexo)*** | | | | | |  |  |
| **Programação Internato** | | | | | | **Sim** | **Não** |
| **Programa de integração de internos no serviço** | | | | | |  |  |
| **Programa individual de estágios** | | | | | |  |  |
| **Avaliação anual de internos** | | | | | |  |  |
| **Interno Responsável Internato** | | | | | |  |  |
| **Colaboração com Serviços idóneos para estágios obrigatórios/opcionais** | | | | | | **Sim** | **Não** |
| **Radiologia** | | | | | |  |  |
| **Medicina Nuclear** | | | | | |  |  |
| **Oncologia Médica** | | | | | |  |  |
| **Cirurgia** | | | | | |  |  |
| **Médicos a realizar o programa de formação especifica** | | | | | | **Nº** | |
| **A frequentar o 1º Ano do Internato** | | | | | |  | |
| **A frequentar o 2º Ano do Internato** | | | | | |  | |
| **A frequentar o 3º Ano do Internato** | | | | | |  | |
| **A frequentar o 4º Ano do Internato** | | | | | |  | |
| **TOTAL** | | | | | |  | |
| **Médicos de outros serviços a realizar estágio no Serviço** | | | | | | **Nº** | |
| **Especialidade de Radioncologia** | | | | | |  | |
| **Especialidade de Oncologia Médica** | | | | | |  | |
| **Outros** | | | | | |  | |
| **TOTAL** | | | | | |  | |
| **Estágios opcionais frequentados por Médicos Internos do Serviço em outros Serviço/Instituições** | | | | | | | |
| Nome do Interno |  | | | | | | |
| Local |  | | | | | | |
| Duração ( semanas) |  | | | | | | |
| Nome do Interno |  | | | | | | |
| Local |  | | | | | | |
| Duração ( semanas) |  | | | | | | |
| Nome do Interno |  | | | | | | |
| Local |  | | | | | | |
| Duração ( semanas) |  | | | | | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **I. Identificação do Serviço** | | |
|  | |
| **Serviço de Radioncologia** |  |
| **Unidade Hospitalar** |  |
| **Local** |  |
| **Diretor de Serviço** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **2. Capacidade Formativa** | |
|  | **Nº** |
| **Internos pretendidos para o 1º ano de formação** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **3. Categoria de Idoneidade que o Serviço pretenda que lhe seja Reconhecida** | |
|  |  |
| **Idoneidade Formativa Total** |  |
| **Idoneidade Formativa Parcial** |  |
| **Sem Idoneidade Formativa** |  |

|  |
| --- |
| **Responsabilidade da Informação** |
| **Diretor de Serviço: -------------------------------------------------------------------------------------------------------------------** |
| **Diretor Internato Médico: ----------------------------------------------------------------------------------------------------------** |
| **Data: ----------------------------** |