**COLÉGIO DE MEDICINA LEGAL**

**Inquérito para Avaliação da**

**Idoneidade e da Capacidade Formativa dos**

**Serviços Médico-Legais e Forenses**

***1. IDENTIFICAÇÃO DO SERVIÇO DE CLÍNICA e PATOLOGIA FORENSES***

**Delegação / Gabinete Médico Legal e Forense:**

**Endereço:**

**Telefone / Fax / Email:**

**Para Delegação**

**Unidade funcional: a)**

**b)**

**Diretor(a) do Serviço:**

**Coordenador(a) da Unidade Funcional de Clínica Forense:**

**Coordenador(a) da Unidade Funcional de Patologia Forense:**

**Inscritos(as) no Colégio da Especialidade de Medicina Legal?**

**Para Gabinete Médico-Legal e Forense**

**Coordenador(a):**

**Inscrito(a) no Colégio da Especialidade de Medicina Legal?**

***2. IDONEIDADE E CAPACIDADE FORMATIVA***

**Ano Anterior:**

**Total/Parcial:**

**Se Parcial, Duração / Estágios:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Estágios Obrigatórios** | **Actual** | | **Próximo ano** | |
| **Meses** | **Vagas** | **Meses** | **Vagas** |
| **Psiquiatria e Psicologia Forenses** |  |  |  |  |
| **Genética e Biologia Forense** |  |  |  |  |
| **Toxicologia Forense** |  |  |  |  |
| **Anatomia Patológica Forense** |  |  |  |  |

Se desejar propor a modificação da actual idoneidade, p.f. indique resumidamente as razões:

|  |  |
| --- | --- |
| **Estágio** | **Justificação** |
|  |  |
|  |  |

***3. RECURSOS MÉDICOS***

**Número de Especialistas em Medicina Legal**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Categoria | Mapa | Lugares preenchidos | Tempo completo | Dedicação exclusiva | Destacados em outras funções\* |
| **Chefe de Serviço / Assistente Graduado Sénior** |  |  |  |  |  |
| **Assistente Graduado**  **com o grau de consultor** |  |  |  |  |  |
| **Assistente com o grau de consultor** |  |  |  |  |  |
| **Assistente com o grau de especialista** |  |  |  |  |  |
| **Médico especialista não integrado na Carreira Médica** |  |  |  |  |  |
| **TOTAL** |  |  |  |  |  |

\* Funções que reduzam o tempo de atividade pericial (p.e. Direção / Coordenação de Serviço)

**Número de Internos da Especialidade**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Ano** | **Do Serviço, Valência Patologia Forense** | **Do Serviço, Valência Clínica Forense** | **De outra**  **Delegação / Gabinete / Hospital** | **TOTAL** |
| **1º** |  |  |  |  |
| **2º** |  |  |  |  |
| **3º** |  |  |  |  |
| **4º** |  |  |  |  |
| **TOTAL** |  |  |  |  |

**Orientadores de Formação**

**(devem estar inscritos no Colégio de Medicina Legal)**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Nome** | **Número cédula profissional** | **Grau e Categoria Profissional** | **Nº de Internos e Anos de Formação** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

***4. INSTALAÇÕES***

Sala de espera?

Salas para procedimentos especiais? Se sim, quais?

Gabinetes para atendimento dos utentes? Se sim, quantos?

Sala de autópsias equipada com quantas mesas?

Sala(s) de trabalho para Internos?

Número de postos de trabalho para Internos:

Sala de reuniões?

Nº de gabinetes dos médicos do Serviço:

***5. MEIOS COMPLEMENTARES DE DIAGNÓSTICO [MCD]***

Laboratório de Anatomia Patológica?

Médico com especialidade de Anatomia Patológica residente (tempo inteiro / parcial)? Externo?

Exames de radioscopia no âmbito da Patologia?

Laboratório de Antropologia Forense?

Consultor de Antropologia Forense residente (tempo inteiro / parcial)? Externo?

Protocolos com Instituições para a realização de MCD?

Que MCD?

Que Instituições (listar instituição de acordo com os MCD)?

Protocolos com Instituições para a emissão de pareceres técnicos de outras especialidades?

Que especialidades?

***6. SISTEMAS DE INFORMAÇÃO***

Arquivo adequadamente organizado?

Acesso ao Arquivo durante horário de expediente?

Processos de clínica forense e de patologia forense com número único?

Utilização de aplicação(ões) informática(s)? Qual(is)?

Facilidade de auxílio informático e celeridade de resposta no caso de intercorrências?

***7. MOVIMENTO PERICIAL (últimos dois anos de números disponíveis)***

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Ano** | | **Requisitadas** | **Realizadas**  **(Totais e Perícias Urgentes)** | **Dispensas/Faltas**  **de Comparência** | **Total** |
|  | CF\* |  |  |  |  |
| PF\*\* |  |  |  |  |
|  | CF\* |  |  |  |  |
| PF\*\* |  |  |  |  |

\*CF - Clínica Forense; \*\*PF - Patologia Forense

***8. FORMAÇÃO E ATIVIDADE CIENTÍFICA***

Para Delegação

Reuniões técnico-científicas regularmente?

Quantas nos últimos dois anos (número/ano)?

Reuniões de Serviço regularmente?

Quantas técnico-científicas nos últimos dois anos (número/ano)?

Reuniões de Unidade Funcional regularmente?

Quantas técnico-científicas nos últimos dois anos (número/ano por cada Unidade Funcional)?

Envolvimento em ensino e formação pré e pós-graduada e profissional?

Se sim à anterior, especificar tipo(s) e instituição(ões):

Para Gabinete Médico-Legal e Forense

Reuniões de Serviço regularmente?

Quantas nos últimos dois anos (número/ano)?

Quantas técnico-científicas nos últimos dois anos (número/ano)?

Reuniões na Delegação respetiva?

Quantas técnico-científicas nos últimos dois anos (número/ano)

Quantas presencialmente e por videoconferência?

Quantas apresentadas na Delegação por colaboradores do Gabinete?

Envolvimento em ensino e formação pré e pós-graduada e profissional?

Se sim à anterior, especificar tipo(s) e instituição(ões):

Nº de trabalhos publicados nos últimos dois anos:

- Total –

- Em publicações forenses -

Nº de comunicações apresentadas fora do Serviço nos últimos dois anos:

- Congressos / Sessões científicas –

- Apresentações orais –

- Apresentações sob a forma de poster -

**8.1 Trabalhos publicados** (selecione os cinco mais importantes):

|  |  |
| --- | --- |
| **Título** | **Referência** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

**8.2 Trabalhos comunicados (oral / poster)**

(selecione os dez mais importantes):

|  |  |
| --- | --- |
| **Título e Forma** | **Reunião e Local da comunicação** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

**8.3 Projetos de investigação em curso**

|  |  |
| --- | --- |
| **Título** | **Entidade patrocinadora** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

**8.4 Biblioteca**

Existe?

É do Serviço? Se não, de onde?

Há algum médico responsável?

Existe um funcionário permanente?

Há publicações e livros atualizados?

Nº de revistas regularmente assinadas:

Há serviço de fotocópias facilmente acessível?

Processo de acesso às publicações e livros:

**8.5. Meios audiovisuais**

Videoprojector?

Computador?

Acesso à Internet?

***9. ESTÁGIOS OBRIGATÓRIOS***

**A. Psiquiatria e Psicologia Forenses**

Responsável:

Categoria:

Recursos médicos:

Movimento pericial (últimos dois anos):

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Ano** | **Exames requisitados** | **Exames efectuados** |
|  |  |  |
|  |  |  |

**B. Genética e Biologia Forense**

Responsável:

Categoria:

Movimento pericial (últimos dois anos):

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Ano** | **Exames requisitados** | **Exames efectuados** |
|  |  |  |
|  |  |  |

**C. Toxicologia Forense**

Responsável:

Categoria:

Movimento pericial (últimos dois anos):

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Ano** | **Exames requisitados** | **Exames efectuados** |
|  |  |  |
|  |  |  |

**D. Anatomia Patológica Forense**

Responsável:

Categoria:

Movimento pericial (últimos dois anos):

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Ano** | **Exames requisitados** | **Exames efectuados** |
|  |  |  |
|  |  |  |

***10. ESTÁGIOS OPCIONAIS***

[p.f. copiar esta página para cada valência proposta]

**Estágio:**

Responsável:

Categoria:

Recursos médicos:

Instalações próprias?

Movimento pericial (últimos dois anos)?

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Ano** | **Exames requisitados** | **Exames efetuados** |
|  |  |  |
|  |  |  |

***11. PROPOSTA DE FORMAÇÃO***

Número de Médicos Internos solicitado para ingressar na formação específica em Medicina Legal do Internato Médico?

***12. COMENTÁRIOS FINAIS / SUGESTÕES***

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**N.º de páginas do documento:**

**Data e local:**

**Diretor da Delegação do INMLCF, IP / Coordenador do Gabinete Médico-Legal e Forense do INMLCF, IP.**