**Colégio de Cirurgia Pediátrica**

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

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Identificação do Serviço:** | | | | | | | | | | | | | | |
| **Recursos Humanos** | N= | |  | | | |  | | |  | | |  | |
| Diretor: (nome) |  | |  | | | | | | | | | |
| Assistente Graduado Sénior |  | |
| Assistente Graduado |  | |
| Assistente Hospitalar |  | |
| Médicos internos da Especialidade de Cirurgia Pediátrica | 1º | 2º | | | 3º | 4º | | | 5º | | 6º | |
|  | | | | | | | | | | | | | | |
| **Instalações** | N= | | | Sim | | | | Não | | | | N/A | |  |
| Internamento autónomo (Indicar nº de camas) |  | | |  | | | |  | | | |  | |
| Internamento partilhado com Pediatria |  | | |  | | | |  | | | |  | |
| Sala de tratamentos autónoma |  | | |  | | | |  | | | |  | |
| Consulta externa autónoma c/ sala de pensos (Indicar nº gabinetes) |  | | |  | | | |  | | | |  | |
| Hospital de Dia Pediátrico |  | | |  | | | |  | | | |  | |
| Bloco Operatório Autónomo |  | | |  | | | |  | | | |  | |
| Bloco Operatório Central |  | | |  | | | |  | | | |  | |
| Recobro Pós-operatório Autónomo |  | | |  | | | |  | | | |  | |
| Recobro Pós-operatório Partilhado (com adultos) |  | | |  | | | |  | | | |  | |
| Unidade de Cirurgia Ambulatória Autónoma |  | | |  | | | |  | | | |  | |
| Unidade de Cirurgia Ambulatória Integrada |  | | |  | | | |  | | | |  | |
| Acesso a U. Cuidados Intensivos Pediátricos |  | | |  | | | |  | | | |  | |
| Acesso a U. Cuidados Intensivos Neonatais |  | | |  | | | |  | | | |  | |
| Acesso a U. Cuidados Intensivos Mista (Ped + Neo) |  | | |  | | | |  | | | |  | |
| Urgência autónoma |  | | |  | | | |  | | | |  | |
| Urgência colaborativa com outros serviços da região |  | | |  | | | |  | | | |  | |
| Urgência partilhada com Pediatria |  | | |  | | | |  | | | |  | |
| Urgência partilhada com Adultos |  | | |  | | | |  | | | |  | |
| Hospital Universitário |  | | |  | | | |  | | | |  | |
| Observações: | | | | | | | | | | | | | | |
| **Áreas de trabalho médico da especialidade** |  | | | Sim | | | | Não | | | | N/A | |  |
| Gabinetes para Assistentes |  | | |  | | | |  | | | |  | |
| Gabinete/sala para médicos internos |  | | |  | | | |  | | | |  | |
| Sala de Reuniões |  | | |  | | | |  | | | |  | |
| Arquivo central |  | | |  | | | |  | | | |  | |
| Processo clínico eletrónico (SAM ou outro equivalente) |  | | |  | | | |  | | | |  | |
| Biblioteca central (acesso *on-line*) |  | | |  | | | |  | | | |  | |
| Observações : | | | | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Serviços de Apoio no Hospital** | |  | Sim | | | Não | | N/A |  |
| Anestesia Pediátrica | |  |  | | |  | |  |
| Serviço de Pediatria | |  |  | | |  | |  |
| Subespecialidades Pediátricas | |  |  | | |  | |  |
| U. Cuidados Intensivos Pediátricos | |  |  | | |  | |  |
| U. Cuidados Intensivos Neonatais | |  |  | | |  | |  |
| U. Cuidados Intensivos Mista (Ped + Neo) | |  |  | | |  | |  |
| Maternidade | |  |  | | |  | |  |
| Pedopsiquiatria | |  |  | | |  | |  |
| Imagiologia Pediátrica | |  |  | | |  | |  |
| Disponibilidade de TAC e Ecografia (definir horário disponibilidade) | |  |  | | |  | |  |
| Anatomia Patológica | |  |  | | |  | |  |
| Observações: Os serviços de apoio podem existir no Hospital e /ou no Centro Hospitalar onde o Serviço se integra | | | | | | | | | |
| **Requisitos para a capacidade formativa** | | N = | | |  | | | | |
| Dados referidos a (indicar ano) | | ano | | | Demora média: | | | | |
| Doentes saídos/ano | |  | | |
| Índice de *case-mix* do Serviço | |  | | |
| Atividade Cirúrgica Eletiva | |  | | | | | | | |
| Nº de Horas de Bloco Operatório (eletivo/semana) | |  | | |  | | | | |
| Nº de Intervenções eletivas/ano | |  | | |
| Nº de Intervenções de ambulatório/ano | |  | | |
| Percentagem de ambulatório | |  | | |
| Atividade Cirúrgica de Urgência | |  | | | | | | | |
| Nº de Intervenções urgentes/ano | |  | | |  | | | | |
| Regime de Urgência | |  | | | Sim | | Não | |  |
| Presença física 24/h (indicar nº de profissionais) | |  | | |  | |  | |
| Presença física 12/h (indicar nº de profissionais) | |  | | |  | |  | |
| Regime de chamada (indicar nº de profissionais) | |  | | |  | |  | |
| Regime de prevenção (indicar nº de profissionais) | |  | | |  | |  | |
| Consulta Externa | | N = | | |  | | | |  |
| Número total de Consultas/ano | |  | | |
| Número total de 1ª Consultas/ano | |  | | |
| Reunião de Serviço (indicar a regularidade) | | Diária | | | Semanal | | | | Quinzenal |
| Atas das reuniões de Serviço | |  | | |  | |  | |  |
| Atividade de ensino pré-graduado | |  | |  | |
| Atividade de ensino pós-graduado (outras especialidades) | |  | |  | |
| Atividade Científica desenvolvida (indicar números) | | Nacionais | | | | Internacionais | | |
| Trabalhos Publicados | | N = | | | | N = | | |
| Trabalhos Comunicados | | N = | | | | N = | | |
| Cursos realizados | | N = | | | | N = | | |
| Cursos frequentados | | N = | | | | N = | | |
| Outras atividades realizadas no ano: | | | | | | | | |  |
| Avaliação Anual dos Médicos internos | |  | | | Sim | | Não | |  |
|  | |  | |  | |
|  | |  | |  | |
|  | |  | |  | |
| **Casos Índex** | ICD 10 | | | N = | Sim | | Não | | Indicar nº por CMI |
| Transplante hepático | Proc. 0FY00Z | | |  |  | |  | |
| Transplante renal | Proc. 0TY00Z / 0TY10Z | | |  |  | |  | |  |
| Hérnia diafragmática congénita | [Q79.0](https://www.icd10data.com/ICD10CM/Codes/Q00-Q99/Q65-Q79/Q79-/Q79.0) | | |  |  | |  | |  |
| Atresia do esófago | Q39.0 e Q39.1 | | |  |  | |  | |  |
| Onfalocelo / *Gastroschisis* | Q79.2 e Q79.3 | | |  |  | |  | |  |
| Oclusão intestinal do RN | Q41 / Q42.8 / Q43.3 | | |  |  | |  | |  |
| NEC | P77 | | |  |  | |  | |  |
| Malformações anorretais | Q42.0 e Q42.3 | | |  |  | |  | |  |
| Doença de Hirschsprung | Q43.1 | | |  |  | |  | |  |
| Patologia hepatobiliar congénita | Q44 | | |  |  | |  | |  |
| Patologia hepatobiliar adquirida | K80 a K83 | | |  |  | |  | |  |
| Patologia pancreática congénita | Q45 | | |  |  | |  | |  |
| Patologia pleuropulmonar congénita | Q33 | | |  |  | |  | |  |
| Neuroblastoma | C74 | | |  |  | |  | |  |
| Tumor de Wilms | C64 | | |  |  | |  | |  |
| Trauma abdominal / torácico | diversos | | |  |  | |  | |  |
| Displasia renal | Q61.4 | | |  |  | |  | |  |
| Hidronefrose / Megauréter | Q62.0 a Q62.3 / N28.82 | | |  |  | |  | |  |
| Complexo extrófico | Q64.1 | | |  |  | |  | |  |
| Enterocistoplastias e derivações continentes | Procedimento 0TRB | | |  |  | |  | |  |
| Refluxo vésico-ureteral | Q62.7 | | |  |  | |  | |  |
| Hipospádias | Q54 | | |  |  | |  | |  |
| Grandes queimados (> 20%) | T31.2 a T31.9 | | |  |  | |  | |  |
| Fissurados (FLAP) | Q35 a Q37 | | |  |  | |  | |  |
| Patologia malformativa da mão (e pé) | Q69 / Q70 | | |  |  | |  | |  |
| Traumatologia da mão | diversos | | |  |  | |  | |  |
| Outros: |  | | |  |  | |  | |  |
|  |  | | |  |  | |  | |  |
|  |  | | |  |  | |  | |  |
|  |  | | |  |  | |  | |  |
|  |  | | |  |  | |  | |  |
| Observações: | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Capacidade e Idoneidade Formativas** | | | | |
| **Idoneidade Formativa Atual (202\_)** | | Sim | | Não |
| Idoneidade Formativa Total (1º a 6 º ano) ano de 202\_ | |  | |  |
| Idoneidade Parcial ano de 202\_ | |  | |  |
| **Data de atribuição pelo COM** | |  | | |
| **Estágios do Programa de Formação Especializada de Cirurgia Pediátrica atribuídos** | | Sim | | Não |
| Cirurgia Pediátrica 1 (6 meses) | |  | |  |
| Cirurgia Pediátrica 2 (24 meses) | |  | |  |
| Cirurgia Pediátrica 3 (12 meses) | |  | |  |
| Urologia Pediátrica (3-6 meses) | |  | |  |
| Plástica Pediátrica (3 meses) | |  | |  |
| Queimados (3 meses) | |  | |  |
| Oncologia Cirúrgica (3 meses) | |  | |  |
| Transplante (3 meses) | |  | |  |
| Investigação (3 meses) | |  | |  |
| **Idoneidade Formativa atribuída paro o presente ano de 202\_** | | | | |
| Nº de médicos internos de Cirurgia Pediátrica admitidos | | N = |  | |
| Nº de médicos internos de Pediatria Médica | | N = |
| Nº de médicos internos de Cirurgia Geral | | N = |
| Nº de médicos internos de Urologia | | N = |
| Nº de médicos internos de Cirurgia Plástica | | N = |
| Nº de médicos internos de Cirurgia Maxilofacial | | N = |
| Nº de médicos internos de outras especialidades | | N = |  | |
| **Idoneidade Formativa Pretendida para o próximo ano de 202\_** | | Sim | Não | |
| Programa de Formação Especializada  de Cirurgia Pediátrica | Cirurgia Pediátrica I (6 meses) |  |  | |
| Cirurgia Pediátrica II (24 meses) |  |  | |
| Cirurgia Pediátrica III (12 meses) |  |  | |
| Urologia Pediátrica (3 meses) |  |  | |
| Plástica Pediátrica e Queimados (3 meses) |  |  | |
| Oncologia Pediátrica (3 meses) |  |  | |
| Transplante (3 meses) |  |  | |
| Cirurgia Experimental (3 meses) |  |  | |
|  |  |  | |
| **Informação complementar sobre médicos internos de outras especialidades a realizar estágios nos serviços para o próximo ano de 202\_** | | **Nº** |  | |
| Programa de Formação Especializada  de outras especialidades | Internato de Pediatria Médica (1 mês) | N = |  | |
| Internato de Cirurgia Geral (3 meses) | N = |  | |
| Internato de Urologia (3 meses) | N = |  | |
| Internato de Cirurgia Plástica (3 meses) | N = |  | |
| Intern. de Cirurgia Maxilofacial (3 meses) | N = |  | |
| Outros especialidades | N = |  | |
|  | | | | |
| **À consideração do CNIM / ACSS**  Atendendo às características deste Serviço, bem como ao meu entendimento da sua capacidade formativa e ao número atual de médicos internos do programa de Formação Especializada de Cirurgia Pediátrica em cuja formação me encontro empenhado, proponho que seja atribuído o seguinte número de médicos internos do mesmo programa para o ano de 202\_ | | | | |
| **Justificação** | | | | |
|  | | | | N= |

|  |
| --- |
| **Responsabilidade desta Informação** |
| Em \_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_  **O Diretor do Serviço**  Nome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Categoria\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Assinatura: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Em \_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_  **O Diretor do Internato Médico**  Nome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Assinatura: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |