**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 Especializadade 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: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |