



ORDEM
DOS MÉDICOS

Colégio da Especialidade de Imuno-alergologia

Inquérito aos Serviços para atribuição de Idoneidade e Capacidades Formativas

Assinale com ou preencha o(s) espaço(s), quando for caso disso.
Preenchimento por via informática.

Hospital: _____

Departamento: _____

Serviço / Unidade Funcional: _____

Existência prévia de idoneidade formativa atribuída pela Ordem dos Médicos:

Total: Parcial: Não:

Ano a que respeitam os dados a serem preenchidos neste inquérito: _____



Hospital e Serviço / Unidade Funcional de Formação

- Hospital - condições gerais

	Sim	Não	Observações
Variabilidade nosológica similar ao da generalidade das instituições hospitalares públicas do SNS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Existência de outros Serviços / Unidades funcionais, tais como Unidade de Cuidados Intensivos de adultos, Unidade de Cuidados Intensivos Pediátrica ou, em alternativa, uma equipa médica, em permanência, com formação e experiência em Suporte Avançado de Vida Pediátrico, Equipa Médica de emergência interna, Serviço de Patologia Clínica com sector diferenciado de Imunologia Laboratorial, Serviço de Radiologia com possibilidade de realizar exames radiológicos convencionais, exames de tomografia axial computadorizada, exames de ressonância magnética nuclear e exames com contraste radiológico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Existência de outras especialidades médicas, como Medicina Interna, Pediatria, Pneumologia, Patologia Clínica, Anestesiologia, Medicina Intensiva e Oncologia Médica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Existência das especialidades médicas de Otorrinolaringologia, Dermatologia, Doenças Infecciosas, Gastroenterologia, Oftalmologia e Cardiologia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Movimento assistencial no Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica ou Polivalente, igual ou superior a 45000 episódios por ano	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Internamento de Medicina e internamento de Pediatria, com casuísticas globais de internamento na instituição de 15000 doentes saídos por ano	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Processo clínico hospitalar digital, com armazenamento digital dos resultados analíticos, imagiológicos e relatórios de diversos Meios Complementares de Diagnóstico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Acesso ao programa PEM (Prescrição Electrónica Médica)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Acesso a sistemas de informação ligados à internet, possibilitando o acesso digital a revistas da especialidade, livros científicos com interesse para a especialidade e outros conteúdos de acesso digital com interesse para a especialidade	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

- Recursos Humanos

	Sim	Não	Observações
Director de Serviço / Responsável da Unidade inscrito no Colégio da Especialidade de Imuno-Alergologia, com a categoria de Assistente Graduado, preferencialmente Assistente Graduado Sénior, e estar em pleno gozo dos seus direitos e deveres.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Pelo menos 3 médicos especialistas, inscritos no Colégio da Especialidade de Imuno-Alergologia da Ordem dos Médicos, com contrato de trabalho sem termo, com pelo menos 3 anos de titulação de especialista, com horário semanal $\geq 28h$ / semana, distribuído, pelo menos, por 3 dias por semana.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Presença física de, pelo menos, um médico especialista em Imuno-Alergologia na Consulta Externa e outro no Hospital de Dia, enquanto estes estiverem em funcionamento.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	



Orientadores de formação inscritos no Colégio da Especialidade de Imuno-Alergologia há pelo menos 3 anos e estar em pleno gozo dos seus direitos e deveres, com contrato de trabalho sem termo, com horário semanal \geq 28h/ semana, distribuído, pelo menos, por 3 dias por semana.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Razão entre orientadores de formação/médicos internos de 1/1, admitindo-se em caso de necessidade, que seja no máximo 1/3, desde que os internos estejam em anos diferentes da sua formação específica e que o orientador de formação tenha horário semanal \geq 35h/ semana. Nesta razão, exclui-se o Director de Serviço ou Responsável da Unidade Funcional de Imuno-Alergologia.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Equipa de enfermagem com formação em Imuno-Alergologia em todas as áreas de actuação da especialidade, em presença física na Consulta Externa e no Hospital de Dia, enquanto estes estiverem em funcionamento.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Equipa de assistentes operacionais em presença física na Consulta Externa e no Hospital de Dia, enquanto estes estiverem em funcionamento.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Secretariado clínico e/ou administrativo próprio.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

- Espaço Físico
 - Consulta Externa

	Sim	Não	Observações
Pelo menos 2 gabinetes de Consulta Externa exclusivos para a especialidade de Imuno-Alergologia, ou equivalente.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Pelo menos 1 Sala de Apoio de Enfermagem de Imuno-Alergologia, próxima dos Gabinetes de Consulta Externa de Imuno-Alergologia.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Cada Gabinete de consulta e sala de apoio de enfermagem com acesso fácil à Equipa de Emergência Interna.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Unidade de Administração de Imunoterapia Específica, próximo dos Gabinetes de Consulta Externa.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sala de espera próxima dos gabinetes de consulta, que pode ser partilhada com outras especialidades.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sala de espera própria ou um espaço próprio para crianças na sala de espera da consulta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

- Hospital de Dia

	Sim	Não	Observações
Sala com capacidade de prestação de cuidados programados aos doentes adultos com patologia do foro da Imuno-Alergologia, na vertente diagnóstica ou terapêutica, em hospital de dia para doentes adultos, exclusivo ou partilhado, em funcionamento pelo menos 8 horas diárias, 5 dias da semana.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Existência diária de, em média, pelo menos, 3 cadeirões afectos à especialidade de	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	



Imuno-Alergologia para a realização de procedimentos de diagnóstico e terapêutica da Imuno-Alergologia a doentes na faixa etária adulta.			
Sala com capacidade de prestação de cuidados programados aos doentes em idade pediátrica com patologia do foro da Imuno-Alergologia, na vertente diagnóstica ou terapêutica, em hospital de dia para doentes pediátricos, exclusivo ou partilhado.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Existência diária de, em média, pelo menos, 2 cadeirões afectos à especialidade de Imuno-Alergologia para a realização de procedimentos de diagnóstico e terapêutica da Imuno-Alergologia a doentes na faixa etária pediátrica.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Acesso fácil à Equipa de Emergência Interna quer no Hospital de Dia de adultos, quer no Hospital de Dia na faixa etária pediátrica.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Secretariado próprio no Hospital de Dia de adultos e no de faixa etária pediátrica.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sala / consultório para avaliação médica dos doentes que estão a realizar procedimentos médicos de diagnóstico e terapêutica quer no Hospital de Dia de adultos, quer no Hospital de Dia na faixa etária pediátrica.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sala de espera para os doentes, quer no Hospital de Dia de adultos, quer no Hospital de Dia na faixa etária pediátrica.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

o Sector de Estudo Funcional Respiratório

	Sim	Não	Observações
Sala para realização de Espirometria e/ou Pletismografia, com capacidade e condições de acordo com as recomendações nacionais e internacionais.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sala com condições para realização de Prova de broncoconstricção de esforço, como por exemplo, cicloergómetro e/ou passadeira, quer em adultos, quer em crianças.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sala com condições para a realização da Determinação do óxido nítrico exalado.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Espaço para vigilância dos doentes que realizaram Provas de broncoconstricção.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sala de espera para os doentes, com um espaço próprio para crianças.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

o Sector de Avaliação da Permeabilidade Nasal

	Sim	Não	Observações
Sala para vigilância dos doentes que realizaram os procedimentos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sala de espera para os doentes, com um espaço próprio para crianças.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

o Áreas de apoio

	Sim	Não	Observações
Gabinete de Director de Serviço / Responsável da Unidade Funcional	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Gabinetes individuais / partilhados ou espaço open-space com	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	



áreas de trabalho (“work stations”) com condições adequadas para permitir a realização de trabalho clínico, formação e de investigação clínica, num rácio mínimo de 1 área de trabalho para cada 3 médicos do serviço, incluindo os internos de formação específica.			
Sala de reuniões, disponível pelo menos 5 horas por semana.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Secretariado clínico próprio.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Secretariado administrativo próprio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

- Equipamentos

- Consulta Externa

	Sim	Não	Observações
Gabinete de consulta e sala de apoio de enfermagem com 1 secretária, computador com acesso à internet e a sistemas de informação médica, impressora, telefone com possibilidade de ligação ao exterior. No gabinete de consulta deverá existir marquesa e otoscópio.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Frigorífico para armazenamento dos alérgenos para os testes cutâneos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Frigorífico para armazenamento de Imunoterapia específica a administrar aos doentes em regime de Consulta Externa ou na Unidade de Administração de Imunoterapia Específica.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Alérgenos para realização de testes cutâneos por picada a aeroalérgenos, extractos comerciais de alimentos, alérgenos moleculares, entre outros.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Lancetas padronizadas para realização de testes cutâneos por picada.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Alérgenos para realização de testes cutâneos por contacto, com, pelo menos, a bateria <i>standard</i> europeia ou bateria do Grupo Português de Estudo das Dermite de Contacto.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Câmaras para colocação dos alérgenos de contacto a serem aplicados aos doentes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Acesso rápido a carro de emergência, com desfibrilhador.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Dispositivos para avaliação diagnóstica de urticárias físicas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Oxímetros disponíveis no espaço da Consulta Externa.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

- Hospital de Dia

	Sim	Não	Observações
Carro de emergência, com desfibrilhador, com equipamento adequado para as várias faixas etárias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Rampas de oxigénio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Equipamento para monitorização da tensão arterial, ritmo cardíaco e saturação de oxigénio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	



Bombas de perfusão	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Seringas perfusoras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Marquesa para deitar doentes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Frigorífico para armazenamento de terapêuticas e alérgenos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Alérgenos para realização de testes cutâneos com medicamentos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Alérgenos para realização de testes cutâneos com venenos de himenópteros, nomeadamente <i>Apis mellifera</i> , <i>Vespa</i> e <i>Polistes</i> .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Apoio da Farmácia na preparação de medicamentos para a realização de procedimentos diagnósticos e terapêuticos inerentes à especialidade.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Local para a preparação de alérgenos para os procedimentos diagnósticos e terapêuticos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Na sala / consultório para avaliação médica dos doentes que estão a realizar procedimentos médicos de diagnóstico e terapêutica no Hospital de Dia de adultos e faixa etária pediátrica, existe 1 secretária, computador com acesso à internet e aos sistemas de informação médicos, impressora e marquesa.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Copa para os doentes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Televisão para entretenimento dos doentes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

o Sector de Estudo Funcional Respiratório

	Sim	Não	Observações
Equipamento para realização de Espirometria, incluindo prova de broncodilatação	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Equipamento para realização de Pletismografia, incluindo prova de broncodilatação	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Equipamento que possibilite a realização de Prova de broncoconstrição de esforço, como por exemplo, cicloergómetro e/ou passadeira, quer em adultos, quer em crianças.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Equipamento que possibilite a realização de Prova de broncoconstrição com metacolina ou similar, quer em adultos, quer em crianças.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Equipamento para determinação do óxido nítrico exalado.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Acesso a Equipamento que possibilite a avaliação da difusão alvéolo-capilar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Equipamento que possibilite a realização de Prova de broncoconstrição específica com alérgenos, quer em adultos, quer em crianças.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

o Sector de Avaliação da Permeabilidade Nasal

	Sim	Não	Observações
Equipamento para realização de Rinomanometria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Equipamento para realização de Rinometria acústica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	



o Áreas de apoio

	Sim	Não	Observações
Gabinete de Director de Serviço / Responsável da Unidade Funcional e Gabinetes individuais / compartilhados ou espaço open-space com áreas de trabalho (“work stations”), com computadores com acesso ao processo clínico hospitalar digital, bem como acesso digital a revistas da especialidade, livros científicos e outros conteúdos de acesso digital com interesse para a especialidade, cumprindo um rácio de 1 para cada 3 médicos do serviço.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sala de Reuniões com recursos informáticos e audiovisuais actuais e ajustados às necessidades educativas e de formação médica.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Atividade Clínica

Indicar dados referentes ao ano transato.

● Consulta Externa *

	Sim	Não	Observações
Nomeação do médico especialista responsável pela consulta externa.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Especificar:
Garantia da diversidade nosológica adequada a uma formação abrangente nas várias áreas do conhecimento em Imuno-Alergologia.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Disponibilidade de um médico especialista, em cada turno, para supervisão/tutela dos médicos internos, cumprindo a regulamentação e normas aplicáveis ao internato médico.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Implementação de consultas específicas de patologia ou de faixa etária.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Especificar:
Realização de Consulta Externa registada em nome próprio do médico interno, a partir do 3º ano do Internato na Área de Formação Específica de Imuno-Alergologia.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Estatística da Consulta Externa no ano transato:

	Total de Consultas (presenciais / não presenciais)	Primeiras Consultas (presenciais / não presenciais)	Consultas subsequentes (presenciais / não presenciais)
Global			
< 6 anos			
6-12 anos			
13-17 anos			
18-64 anos			
>64 anos			

*enviar em anexo a este Inquérito a Estatística oficial fornecida pela Instituição Hospitalar.



● Hospital de Dia *

	Sim	Não	Observações
Nomeação do médico especialista responsável pelo Hospital de Dia de Imuno-Alergologia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Especificar:
Prestação de cuidados programados aos doentes na faixa etária pediátrica e adultos com patologia do foro da Imuno-Alergologia, na vertente diagnóstica ou terapêutica, em Hospital de Dia, exclusivo do Serviço ou partilhado.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Atividade regular em Hospital de Dia de Adultos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nº sessões: _____ Nº doentes: _____
Atividade regular em Hospital de Dia na faixa etária pediátrica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nº sessões: _____ Nº doentes: _____

*enviar em anexo a este Inquérito a Estatística oficial fornecida pela Instituição Hospitalar.

● Serviço de Urgência / Consulta de atendimento urgente ou não programado *

	Sim	Não	Observações
Nomeação do médico especialista responsável pelo Serviço de Urgência / Consulta de atendimento urgente ou não programado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Especificar:
Participação do Serviço numa escala de urgência externa, que garanta a abordagem e orientação clínica e terapêutica dos doentes urgentes com patologia do foro da Imuno-Alergologia.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dias / semana: _____ Horas / dia: _____

*enviar em anexo a este Inquérito a Estatística oficial fornecida pela Instituição Hospitalar.

● Internamento *

	Sim	Não	Observações
Nomeação do médico especialista responsável pelo Internamento e/ou Apoio ao Internamento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Especificar:
Apoio ao internamento dos diversos serviços hospitalares.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Especificar: _____

*enviar em anexo a este Inquérito a Estatística oficial fornecida pela Instituição Hospitalar.

● Procedimentos Médicos de Diagnóstico e Terapêutica

	Sim	Não	Observações
Nomeação do médico especialista responsável pelos Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Especificar:
Disponibilização de um médico especialista em Imuno-Alergologia, em cada turno em que estejam escalados internos, para supervisão/ tutela dos mesmos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	



o Procedimentos Médicos de Diagnóstico e Terapêutica *

Procedimentos Obrigatórios	Nº anual do Serviço / Unidade Funcional	Observações
Provas de sensibilidade cutânea por picada		
Provas de sensibilidade cutânea por testes epicutâneos		
Testes cutâneos com medicamentos (inclui picada, intradérmicos e epicutâneos)		
Testes cutâneos com veneno de himenópteros (inclui picada e intradérmicos)		
Testes cutâneos picada por picada com alimentos		
Estudos funcionais respiratórios basais por espirometria (ou pletismografia) ¹		
Estudos funcionais respiratórios com prova de broncodilatação com $\beta 2$ mimético ¹		
Provas de provocação com estímulos físicos (frio, calor, pressão, vibração ou radiação)		
Execução de aplicações subcutâneas de imunoterapia específica		
Execução de esquemas acelerados, nomeadamente subcutâneo ou sublingual, de indução de imunoterapia com alérgenos		
Execução de aplicações subcutâneas de imunoterapia com veneno de himenópteros		
Provas de provocação oral a alimentos ou aditivos		
Provas de provocação oral a fármacos		
Provas de provocação subcutânea a fármacos		
Provas de provocação intramuscular a fármacos		
Provas de provocação endovenosa a fármacos (se contabilizada)		
Indução de tolerância / Dessensibilização de fármacos, cada hora, por ano		
Nº de sessões de administração de terapêuticas biológicas		
Nº de sessões de administração de imunoglobulina endovenosa e/ou subcutânea		
Nº de doentes a fazer imunoglobulina subcutânea no domicílio		
Estudos funcionais respiratórios com provas de provocação brônquica inespecífica metacolina, acetilcolina e/ou manitol ¹		
Provas de provocação nasal específicas		
Provas de provocação conjuntival específicas		
Rinomanometria e/ou Rinometria acústica		
Determinação do óxido nítrico no ar exalado		



Provas de provocação por exercício físico		
Indução de tolerância / Dessensibilização de alimentos		

*enviar em anexo a este Inquérito a Estatística oficial fornecida pela Instituição Hospitalar.

¹ em caso de inexistência de Laboratório de Função Respiratória próprio do Serviço, considerar os exames pedidos pelo Serviço, de acordo com a estatística do Hospital.

Qualidade assistencial, Formação médica e Investigação Clínica

● Qualidade assistencial

	Sim	Não	Observações
Protocolos de atuação clínica nas principais áreas de atuação da especialidade, cumprindo as recomendações das sociedades científicas nacionais e europeias de Imuno-Alergologia.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Especificar:
Existência de certificação do Serviço por entidade externa.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Especificar:
Avaliação anual sistemática de indicadores de qualidade	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Especificar:
Realização anual de auditorias clínicas internas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Satisfação dos doentes – avaliada pela aplicação de inquéritos de satisfação aos doentes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

● Formação Médica

	Sim	Não	Observações
Designação de um coordenador da atividade formativa, que deve cumprir, pelo menos, os critérios para orientador de formação	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Especificar:
Nomeação de orientadores de formação	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
“Plano Individual de Internato” para cada médico interno, com descrição pormenorizada da calendarização dos estágios, quer no serviço de origem quer noutros serviços.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Realização de reuniões de serviço, regulares, pelo menos semanais.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Acesso (em biblioteca ou por acesso eletrónico) a 2 livros de texto de Imunologia e Imuno-Alergologia, a pelo menos 3 revistas científicas do âmbito da especialidade, com publicação periódica, e a bases bibliográficas médicas generalistas como o UpToDate [®] .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Obtenção, pelos orientadores de formação, de curso de formação de formadores, nomeadamente o Curso de Orientadores da OM.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nº de orientadores com curso: _____

● Investigação Clínica (dados do ano transato):

	Sim	Não	Observações
--	-----	-----	-------------



**ORDEM
DOS MÉDICOS**

Comunicações
(dados do ano transato)

Nome da Apresentação	Evento	Tipo
		Palestra <input type="checkbox"/> Comunicação oral <input type="checkbox"/> Póster <input type="checkbox"/>
		Palestra <input type="checkbox"/> Comunicação oral <input type="checkbox"/> Póster <input type="checkbox"/>
		Palestra <input type="checkbox"/> Comunicação oral <input type="checkbox"/> Póster <input type="checkbox"/>
		Palestra <input type="checkbox"/> Comunicação oral <input type="checkbox"/> Póster <input type="checkbox"/>
		Palestra <input type="checkbox"/> Comunicação oral <input type="checkbox"/> Póster <input type="checkbox"/>
		Palestra <input type="checkbox"/> Comunicação oral <input type="checkbox"/> Póster <input type="checkbox"/>
		Palestra <input type="checkbox"/> Comunicação oral <input type="checkbox"/> Póster <input type="checkbox"/>
		Palestra <input type="checkbox"/> Comunicação oral <input type="checkbox"/> Póster <input type="checkbox"/>
		Palestra <input type="checkbox"/> Comunicação oral <input type="checkbox"/> Póster <input type="checkbox"/>
		Palestra <input type="checkbox"/> Comunicação oral <input type="checkbox"/> Póster <input type="checkbox"/>
		Palestra <input type="checkbox"/> Comunicação oral <input type="checkbox"/> Póster <input type="checkbox"/>
		Palestra <input type="checkbox"/> Comunicação oral <input type="checkbox"/> Póster <input type="checkbox"/>
		Palestra <input type="checkbox"/> Comunicação oral <input type="checkbox"/> Póster <input type="checkbox"/>
		Palestra <input type="checkbox"/> Comunicação oral <input type="checkbox"/> Póster <input type="checkbox"/>
		Palestra <input type="checkbox"/> Comunicação oral <input type="checkbox"/> Póster <input type="checkbox"/>



ORDEM
DOS MÉDICOS

<hr/> <hr/> <hr/>	<hr/> <hr/> <hr/>
-------------------	-------------------

Outras Atividades	Número
Especificar: <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/>

Idoneidade por estágio

Atendendo a estas características, este Serviço / Unidade Funcional pretende que lhe seja reconhecida idoneidade formativa para os seguintes estágios:

Estágio	Duração	Internato Médico de.



**ORDEM
DOS MÉDICOS**

Responsabilidade desta informação:

Data: ___ / ___ / _____

O Director de Serviço / Responsável da Unidade Funcional: _____

Nome (em maiúsculas): _____

Categoria da Carreira Médica: _____

Parecer do Director do Internato Médico da Instituição:

Data: ___ / ___ / _____

O Director do Internato Médico: _____

Nome (em maiúsculas): _____