



CARACTERIZAÇÃO DOS SERVIÇOS PARA AVALIAÇÃO DE
IDONEIDADE

PNEUMOLOGIA

ASSINALE COM (X) OU PREENCHA A(S) QUADRÍCULA(S) QUANDO FOR CASO DISSO
ESCREVA COM LETRA LEGÍVEL QUANDO NECESSÁRIO

HOSPITAL

DEPARTAMENTO/SERVIÇO

A – QUADRO DE PROFISSIONAIS

I- Quadro Médico

- Número de Assistentes Graduados Sénior.....
 - Número de médicos com Horário completo (35/40H): _____
 - Número de médicos com Horário parcial (20-35H): _____
- Número de Assistentes de outra categoria.....
 - Número de médicos com Horário completo (35/40H): _____
 - Número de médicos com Horário parcial (20-35H): _____
- Número de Médicos do Internato Específico de Pneumologia colocados no Serviço / Departamento:
 - 1º ano
 - 2º ano
 - 3º ano
 - 4º ano
 - 5º ano

- Número médio de internos/ ano de outros serviços/instituições a estagiar no serviço/departamento:

- da mesma especialidade ...
- de outras especialidades ...

II- Outros Profissionais de Saúde

- Número de enfermeiros
- Número de técnicos cardiopneumologistas/neurofisiologistas
- Número de fisioterapeutas



B – SERVIÇO DE INTERNAMENTO

	Enfermaria	Cuidados Intermédios/ Unidade de VNI
Número de camas de internamento		
Número de doentes saídos no ano transato		
Demora média no ano transato (em dias)		
Taxa de ocupação no ano transato		
Visitas Clínicas		

Percentagem de patologia dos doentes saídos no último ano (diagnóstico principal – ICD-10):

DPOC _____ %

Asma brônquica _____ %

Neoplasias pulmonares _____ %

Infeção respiratória n/ tuberculosa _____ %

Tuberculose _____ %

Patologia pleural _____ %

Doenças Pulmonares Intersticiais _____ %

Bronquiectasias _____ %

Outras.....

.....

.....

.....

C- PNEUMOLOGIA ONCOLÓGICA

- Este sector é gerido pela Pneumologia sim não

- Número de Pneumologistas alocados a esta consulta _____

- Consulta de Pneumologia Oncológica no último ano

Primeiras

Segundas

- Hospital de dia Serviço Geral

- Número de sessões de tratamentos sistémicos/ ano

- Número de doentes sob terapêuticas alvo

- Consulta Multidisciplinar de decisão (Radiologista, Patologista, Cirurgia Torácica) _____



- na Instituição _____ - noutra Instituição _____ (presencial ____ digital _____)
- Número de doentes apresentados na reunião multidisciplinar no último ano
- Apoio de Radioterapia _____
 - na Instituição _____ - noutra Instituição _____
- Apoio de Cirurgia Torácica _____
 - na Instituição _____ - noutra Instituição _____
- Apoio de Patologia Molecular _____
 - na Instituição _____ - noutra Instituição _____
- Apoio de Medicina Nuclear
 - na Instituição _____ - noutra Instituição _____

D- DOENÇAS DO INTERSTÍCIO PULMONAR

- Consulta de Doenças do Interstício Pulmonar no último ano

Primeiras	Segundas
<input type="text"/>	<input type="text"/>
- Número de horas por semana alocadas à consulta _____
- Consulta Multidisciplinar (Radiologista e Patologista) _____
 - na Instituição _____ - noutra Instituição _____ (presencial ____ digital ____)
 - Frequência _____
- Número de doentes apresentados em consulta multidisciplinar no último ano
- Apoio/Consulta de Grupo com Reumatologia _____
 - na Instituição _____ - noutra Instituição _____
- Teste de variantes patogénicas na Fibrose Pulmonar Familiar _____
- Apoio/Consulta de Grupo com Genética Médica _____
 - na Instituição _____ - noutra Instituição _____

E- ASMA E ALERGOLOGIA RESPIRATÓRIA

- Consultas de Asma e Alergologia Respiratória no último ano

Primeiras	Segundas
<input type="text"/>	<input type="text"/>
- Número de horas por semana alocadas a consulta _____



- Consultas de Asma Grave no último ano Primeiras Segundas
- Número de horas por semana alocadas a consulta _____

- Tratamento com terapêutica biológica sim não
- Número de doentes sob terapêutica biológica/ano
- Tratamento com Imunoterapia específica sim não
- Número de doentes sob imunoterapia específica/ano

F- REABILITAÇÃO RESPIRATÓRIA

- Este sector é coordenado pela Pneumologia sim não
- Local de realização das sessões de reabilitação respiratória
 No serviço MFR Ambulatório
 Internamento Telereabilitação Domiciliário

- Número sessões/ ano
- Número de doentes/ ano

- Existência de equipa multidisciplinar sim não

- Número de Pneumologistas alocados a este sector _____
- Número de Enfermeiros alocados a este sector _____
- Número de Fisioterapeutas alocados a este sector _____
- Consultas de Reabilitação Respiratória no último ano
 Primeiras Segundas

- Número de horas por semana alocadas a consulta _____
- Número de doentes _____

- Articulação com os Cuidados de Saúde Primários/ULS sim não

- Acesso a prova de esforço cardiorrespiratória sim não



- Sala de exercício com equipamentos para treino aeróbico e para treino de força

sim não

- Equipamentos respiratórios (dispositivos para treino dos músculos respiratórios, ventilação não invasiva, HFNO, entre outros) sim não

- Sessões de Educação sim não

- Orientação Nutricional sim não

- Apoio Psicológico sim não

G- DOENÇAS RESPIRATÓRIAS DO SONO

Consulta de Patologia do Sono

- Número de horas por semana alocadas a consulta _____

- Consulta Multidisciplinar _____

Neurologia ____ Psiquiatria ____ Otorrinolaringologia ____ Cirurgia Maxilo-Facial ____

Cardiologia ____ Medicina Dentária ____ Cirurgia da Obesidade ____ Nutrição ____

Endocrinologia ____

- na Instituição _____ - noutra Instituição _____ (presencial ____ digital ____)

- Frequência _____

G.1. LABORATÓRIO DO SONO

- Número de exames no último ano:

Polissonografias:

Nível I

Nível II

Nível III

Teste de latência múltipla do sono

Teste de manutenção de vigília

Actigrafia

Capnografia

Outros



H-INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA CRÓNICA

Consulta de insuficientes respiratórios crónicos	<input type="text"/>	<input type="text"/>
- Número de horas por semana alocadas a consulta	_____	
Consulta de Doentes Neuromusculares	<input type="text"/>	<input type="text"/>
- Número de horas por semana alocadas a consulta	_____	
Consulta Multidisciplinar relativa as doenças neuromusculares	sim <input type="checkbox"/>	não <input type="checkbox"/>
Constituintes _____		
Frequência _____		

Apoio ao Insuficiente Respiratório Crónico

Hospitalar <input type="text"/>	Domiciliário <input type="text"/>
Número sessões/ ano <input type="text"/>	

Apoio ao Doente Neuromuscular

Hospitalar <input type="text"/>	Domiciliário <input type="text"/>
Número sessões/ ano <input type="text"/>	

I - CONSULTA EXTERNA (OUTRAS)

(Indique o número de consultas realizadas no ano transato)

	Primeiras	Segundas	Não dispõe
Consulta Geral de Pneumologia	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
- Número de horas por semana alocadas a consulta	_____		
Consulta de Bronquiectasias	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
- Número de horas por semana alocadas a consulta	_____		
Centro de Referência de Fibrose Cística	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
- Número de horas por semana alocadas a consulta	_____		
Consulta de Infecção Crónica	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
- Número de horas por semana alocadas a consulta	_____		
Consulta de Desabituação tabágica	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
- Número de horas por semana alocadas a consulta	_____		
Consulta de DPOC	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>



- Número de horas por semana alocadas a consulta _____
Consulta de Alfa-1-Antitripsina
- Número de horas por semana alocadas a consulta _____

Centro de Referência de Hipertensão Arterial Pulmonar
- Número de horas por semana alocadas a consulta _____

Consulta Respiratória da Comunidade
- É gerido pela Pneumologia sim não
- Número de pneumologistas estão alocados a este sector _____
- Número de horas por semana alocadas a consulta _____
- Centro de Referência para Tuberculose Multirresistente sim não

Consulta de Enfermagem de apoio à consulta sim não
- Consulta de Asma Brônquica
- Consulta de Doenças do Interstício Pulmonar
- Consulta de DPOC
- Consulta de Bronquiectasias
- Consulta de Doenças do Interstício Pulmonar
- Outras _____

J - HOSPITAL DE DIA

- Hospital de dia Pneumologia Serviço Geral
- Número de sessões de tratamentos no último ano
- Apoio a Consulta de Asma Sim Não
- Número de sessões de tratamentos no último ano

- Apoio a consulta de Interstício Pulmonar Sim Não
- Número de sessões de tratamentos no último ano



L – MEIOS COMPLEMENTARES DE DIAGNÓSTICO

(Indique o equipamento e o número de exames realizados no ano transato)

1. ENDOSCOPIA RESPIRATÓRIA

A. Equipamentos:

.....

Número de exames:

Broncofibroscopia	<input type="text"/>
Broncoscopias rígidas	<input type="text"/>
EBUS	<input type="text"/>
EBUS Radial	<input type="text"/>
Argon Plasma	<input type="text"/>
Criobiopsia	<input type="text"/>
Toracoscopias	<input type="text"/>

B. BIÓPSIAS (indique o número de doentes a quem realizou no ano transato)

Lavado broncoalveolar	<input type="text"/>
Biópsia brônquica	<input type="text"/>
Biópsia transbrônquica convencional	<input type="text"/>
Criobiópsias transbrônquicas	<input type="text"/>
Terapêutica Endobronquica:	
Laserterapia	<input type="text"/>
Crioterapia	<input type="text"/>
Braquiterapia	<input type="text"/>
Próteses traqueais/brônquicas	<input type="text"/>

2. FISIOPATOLOGIA RESPIRATÓRIA

Equipamento:

Número de exames no último ano

Pletismografias	<input type="text"/>
Espirometrias	<input type="text"/>
Prova de broncodilatação	<input type="text"/>



- Oscilometria de impulso
- Prova de provocação brônquica (metacolina)
- Prova de provocação brônquica com exercício
- Difusão alvéolo-capilar pelo CO
- Pressões máximas respiratórias
- Prova da marcha
- Fração exalada de óxido nítrico
- Compliance
- Prova de Esforço Cardiorrespiratória

3. OUTROS

- Biópsia pleural cega
- Drenagem torácica
- Pleurodese
- Ecografia torácica
- Embolização Brônquica
- Testes cutâneos (pricks)
- Outros _____

M – SERVIÇO DE URGÊNCIA

- Autónoma e c/ presença física permanente Sim Não
- Autónoma mas em regime de prevenção Sim Não
- Autónoma - urgência interna de pneumologia Sim Não
- Integrada em equipas de Medicina Sim Não
- Número médio de urgências pneumológicas/dia

Tipo de urgência:

.....

.....

.....



N – UNIDADE HOSPITALAR

1. A unidade hospitalar em que está inserido o serviço dispõe de serviços idóneos de:

	Sim	Não
Medicina Interna	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Medicina Intensiva	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cirurgia Torácica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cardiologia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Microbiologia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anatomia Patológica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Imagiologia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. A unidade/ serviço tem articulação garantida com um centro de diagnóstico Pneumológico? ...Sim Não Qual? _____

O – ACTIVIDADE CIENTÍFICA

FREQUÊNCIA

- ❖ Sessões Clínicas/Reuniões Temáticas/Revisões Bibliográficas.....
- ❖ Número de comunicações orais e posters, fora do serviço, no ano transato.....
- ❖ Número de artigos publicados em revistas com fator de impacto no ano transato
- ❖ Participação do Serviço em Ensaios Clínicos no ano transato
- ❖ Cursos, Simpósios, Jornadas ou Congressos

.....
.....
.....

P - PROGRAMA DO INTERNATO DE PNEUMOLOGIA

❖ A instituição permite cumprir integralmente a totalidade do programa (desempenho e conhecimentos) e os tempos de duração dos estágios previstos?

.....Sim Não



❖ Em caso negativo, existem protocolos de cooperação com outra instituição?

..... Sim Não

❖ Se existe, descrimine os estágios, local e tempo:

Estágio	Duração (meses)	Local (Serviço e instituição)

K - **RESPONSABILIDADE DESTA INFORMAÇÃO**

EM:/...../.....

O DIRECTOR DO SERVIÇO.

Nome (em Maiúsculas):

Categoria:

❖ Parecer de DIRECTOR DO INTERNATO MÉDICO

em:/...../.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

O DIRECTOR DO INTERNATO MÉDICO:

Nome (em maiúsculas):