



## Colégio de Radiologia Inquérito de idoneidade e capacidade formativa

Assinale com (x) ou preencha as quadrículas, quando for caso disso. Escreva com letras maiúsculas.  
Se necessitar, acrescente páginas referenciando os números, deste documento, a que se reportam.

Instituição \_\_\_\_\_

Depto./Serviço \_\_\_\_\_

1 – Existência de idoneidade já atribuída pela Ordem dos Médicos

Sim  Não

Se sim, qual?:

Total  Parcial

2 – Protocolos de colaboração com outra instituição (obrigatório comprovativo)

Sim  Não

Se existente, discrimine os estágios, local e duração.

Estágio	Local	Duração

3 – A Instituição tem no seu quadro especialistas de:

	Sim	Não		Sim	Não
Medicina Interna	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cirurgia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gastroenterologia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ortopedia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cardiologia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Urologia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pneumologia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ORL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nefrologia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Obst./Ginec.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pediatria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fisiatria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Neurologia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Estomatologia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Oftalmologia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cirurgia pediátrica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cirurgia maxilo-facial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Anatomia Patológica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>





O somatório dos horários é dividido por 20, sendo de seguida o valor obtido dividido por 2 (ou seja pelo rácio de Especialista/Interno que permanece assim de 2:1).

O resultado final corresponde à Capacidade Formativa Total do Serviço. (Exemplo: Serviço com um total de carga horária semanal laboral dos radiologistas de 182h, dará um resultado final de 4.55, que arredondando à unidade dá 5, sendo assim cinco o número total de internos que o Serviço pode receber).

N.º de médicos do internato (no 4º e 5º ano referenciar as áreas de diferenciação e se as mesmas são realizadas na instituição de base ou noutra. Se outra identificar qual)

1º ano       2º ano       3º ano   
4º ano       5º ano

6 – N.º médio anual de internos de Radiologia de outros Hospitais

Áreas	Tempo

N.º médio anual de internos de outras especialidades

Valências	Tempo

### Equipamentos e Instalações

7 – Equipamentos \*

Número  
Radiologia Convencional



TC	<input type="checkbox"/>
RM	<input type="checkbox"/>
Mamografia	<input type="checkbox"/>
Ecografia	<input type="checkbox"/>
Densitometria	<input type="checkbox"/>
Eq. Angiografia	<input type="checkbox"/>
PACS	<input type="checkbox"/>

\* É obrigatório anexar mapa detalhado dos equipamentos incluindo ano de fabrico na primeira vez q se preenche o inquérito e depois sempre que houver alterações – Anexo 1

### 8 – Instalações

	Sim	Não
Sala de reuniões	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Revistas <i>online</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Acesso a base de dados bibliográficas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Livros da Especialidade	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Publicações Radiológicas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### Atividade Científica

### 9 – Reuniões de Serviço \*

Semanais       Quinzenais       Não tem

### Tipo de reuniões:

Tipo	Periodicidade
Bibliográfica	
Casos Clínicos	
Temática	
Outros (refira quais)	

\* Devem existir atas das Reuniões realizadas



Número de trabalhos publicados no ano transacto

lista (anexo 2)

Número de comunicações orais, fora do serviço, no ano transacto

Outras atividades: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

11 – Tem escala de serviço de urgência? Sim  Não  Horário semanal \_\_\_\_\_

Presença física Sim  Não  \_\_\_\_\_

Regime de prevenção/chamada Sim  Não  \_\_\_\_\_

Telerradiologia Sim  Não  \_\_\_\_\_

Obs.: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

12 – Número de atos imagiológicos - (ano transacto)

Radiologia convencional torácica	<input type="text"/>	
Radiologia convencional osteo-articular	<input type="text"/>	
Radiologia convencional contrastada	<input type="text"/>	
Mamografia	<input type="text"/>	
Ecografia	<input type="text"/>	
TC corpo e TC neuro	<input type="text"/>	<input type="text"/>
RM corpo e RM neuro	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Intervenção vascular	<input type="text"/>	
Intervenção não vascular	<input type="text"/>	

Sugere-se ainda colocar em anexo a lista de exames de acordo com as áreas discriminadas no novo currículo (anexo 3)

13 – Descreva o plano de formação (e local de formação no caso de ULS's), para cada capacidade formativa pedida (ANEXO 4)



O Serviço dispõe de “Guia do Interno”?

Sim

Não

A Instituição reúne os requisitos para formação em Radiologia Diferenciada - Nível II (tem de assegurar pelo menos o mesmo número de vagas de nível II do que as disponíveis para nível I)

Sim

Nº de Vagas

Instituição (se diferente)

(incluir acordo escrito em anexo)

#### 14 – Capacidade formativa pretendida

Número de internos que pretende para o próximo ano

Justificação da capacidade formativa pedida (obrigatório) e outras observações:

---

#### 15 – Responsabilidade da informação prestada

O Diretor do Serviço:

Nome \_\_\_\_\_

Categoria \_\_\_\_\_

Assinatura \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

O Diretor do Internato Médico:

Nome \_\_\_\_\_

Assinatura \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_