



ORDEM
DOS MÉDICOS

Colégio da Especialidade de Otorrinolaringologia

Inquérito aos Serviços para atribuição de Idoneidade e Capacidades Formativas

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

HOSPITAL

DEPARTAMENTO/SERVIÇO

Existência prévia de idoneidade pela Ordem dos Médicos:

Sim ☐ → Total ☐ Parcial ☐ ____ meses

Não ☐

A – QUADRO MÉDICO preenchido

(todos apenas considerados se contrato igual ou superior a 35h)

Se instituição SNS:

- Número de Assistentes Graduados Sénior.....
- Número de Assistentes Graduados.....
- Número de Assistentes Hospitalares

Se instituição privada:

Número de médicos especialistas contratados

• Direção de serviço

- (se instituição SNS) Assistente Graduado Sénior.....sim não...
- (se instituição privada) Nº de anos inscrição no Colégio de Especialidade de Otorrinolaringologia>12 anos .. > 15 anos ..



ORDEM
DOS MÉDICOS

- Número de Internos em Formação Específica: 1.º ano
2.º ano
3.º ano
4.º ano 5.º ano

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

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

B – QUADRO TÉCNICO preenchido

- Número de Técnicos de Audiologia
- Número de Técnicos de Terapia da Fala.....

C - REUNIÕES CLÍNICAS

- ❖ Sala de Reuniões.....Sim ☐ Não ☐
(com capacidade para albergar todos os elementos do serviço)
- ❖ Acesso a meios audiovisuais que permitam a discussão de casos, apresentação de comunicações, palestras e trabalhos científicos, utilizando os equipamentos informáticos adequados.....Sim ☐ Não ☐

D – ATIVIDADE CIENTÍFICA

- ❖ Apresentação regular de palestras na reuniões de serviço..... Semanal ☐ Quinzenal ☐ Não ☐
- ❖ Número de artigos científicos publicados no ano transato
- ❖ Número de conferências e comunicações orais, no ano transato.....
- ❖ Outras atividades:
.....
.....



E - MEIOS COMPLEMENTARES DE DIAGNÓSTICO

Atividade

- Número de exames de audiovestibulografia no ano transato.....
- Rastreio Auditivo Neonatal Universal implementadoSim ☐ Não ☐
- Apoio dos técnicos no horário da consulta externaSim ☐ Não ☐

Existem os necessários para o exercício da especialidade?..... Sim ☐ Não ☐

Quais?

1. Sala/ cabine insonorizada..... Sim ☐ Não ☐
2. Audiometria Tonal Sim ☐ Não ☐
3. Audiometria Vocal..... Sim ☐ Não ☐
4. Impedanciometria.....Sim ☐ Não ☐
5. Audiometria infantil..... Sim ☐ Não ☐
6. Potenciais evocados auditivos..... Sim ☐ Não ☐
7. Otoemissões acústicas Sim ☐ Não ☐
8. Videonistagmografia Sim ☐ Não ☐
9. Endoscopia ORL Sim ☐ Não ☐
(rígida e flexível utilizável em idade pediátrica)
10. Rinodebitomanometria*.....Sim ☐ Não ☐
11. Laringostroboscopia*..... Sim ☐ Não ☐
12. Posturografia*..... Sim ☐ Não ☐
13. Videoendoscopia de deglutição*.....Sim ☐ Não ☐
14. Exames relacionados com o sono*..... Sim ☐ Não ☐
 - a. PSG..... Sim ☐ Não ☐
 - b. DISE..... Sim ☐ Não ☐



15. Olfatometria* Sim ☐ Não ☐

16. Outros.....
.....
.....

*opcionais

F - SERVIÇO DE INTERNAMENTO

- ❖ Número de internamentos no ano transacto
- ❖ Demora média no ano transacto dias
- ❖ Espaço adequado para crianças e seus acompanhantes Sim ☐ Não ☐
- ❖ Médico especialista responsável pelo internamento..... Sim ☐ Não ☐
- ❖ Realização de visita diária aos doentes internadosSim ☐ Não ☐
- ❖ Apoio 24h por médico do serviço em regime de prevenção ou presença física.....Sim ☐ Não ☐

Observações :

G - CONSULTA EXTERNA

- ❖ Número total de consultas no ano transacto
- ❖ Número de primeiras consultas no ano transacto
- ❖ Número mínimo de médicos em cada período de consulta, em gabinetes individuais.....
- ❖ Consultas com tempo médio de 20 minutos por consultaSim ☐ Não ☐
- ❖ Possibilidade de apoio por especialidades afins
 - Neurologia.....Sim ☐ Não ☐
 - Neurocirurgia.....Sim ☐ Não ☐
 - Cirurgia PlásticaSim ☐ Não ☐
 - Estomatologia.....Sim ☐ Não ☐
 - Cirurgia Maxilo-Facial.....Sim ☐ Não ☐



- OncologiaSim ☐ Não ☐
- ImunoalergologiaSim ☐ Não ☐
- ❖ Acesso a consulta de decisão terapêutica oncológicaSim ☐ Não ☐
- ❖ Assistente operacional e de enfermagem com formação em ORL, disponível para apoio à consulta externaSim ☐ Não ☐
- ❖ Equipamento:
 - Cadeiras de observação multi-posições.....Sim ☐ Não ☐
 - Equipe de consulta equipada com aspiração, fonte de luz fria e electrocautério ou equipamento semelhanteSim ☐ Não ☐
 - Equipamento de luz frontalSim ☐ Não ☐
 - Microscópio de observaçãoSim ☐ Não ☐
 - Material de endoscopia rígida e flexível para adulto e criançaSim ☐ Não ☐
 - Equipamento de registo, gravação e edição de imagemSim ☐ Não ☐
 - Material de observação de consulta em quantidade suficiente para observação em cada gabinete de pelo menos 30 - 40 doentesSim ☐ Não ☐
- ❖ Observações:
.....
.....

H - SERVIÇO DE URGÊNCIA

- ❖ Espaço próprio para doentes urgentesSim ☐ Não ☐
- ❖ Equipa autónomaSim ☐ Não ☐
- ❖ Número de elementos em presença física
- ❖ Horário de funcionamento em presença física
- ❖ Número de elementos em regime de prevenção/chamada
- ❖ Horário de funcionamento em regime de prevenção/chamada
- ❖ Observações:
.....
.....



I – ATIVIDADE CIRÚRGICA

BLOCO OPERATÓRIO

- Número de salas por semana.....
- Número de horas por semana.....
- Capacidade de realização de:
 - Cirurgia otológica Sim ☐ Não ☐
 - cirurgia nasal Sim ☐ Não ☐
(funcional, estética e endoscópica),
 - cirurgia da boca e orofaringe ... Sim ☐ Não ☐
 - microcirurgia laríngea Sim ☐ Não ☐
 - cirurgia de cabeça e pescoço ... Sim ☐ Não ☐
 - cirurgia da patologia do sono .. Sim ☐ Não ☐
- **Equipamento**
 - Microscópio cirúrgico Sim ☐ Não ☐
 - Equipamento completo de cirurgia endoscópica nasosinusal Sim ☐ Não ☐
 - Equipamento para realização de microcirurgia laríngea Sim ☐ Não ☐
 - Equipamento cirúrgico actualizado para cirurgia
 - da boca e orofaringe Sim ☐ Não ☐
 - laringe Sim ☐ Não ☐
 - cirurgia do nariz Sim ☐ Não ☐
 - cirurgia otológica Sim ☐ Não ☐
 - Equipamento de registo, gravação e edição de imagem Sim ☐ Não ☐
- Número total de intervenções no ano transato em BO.....
 - Cirurgia otológica.....
 - Cirurgia nasal



ORDEM
DOS MÉDICOS

Cirurgia Nasossinusal

Cirurgia da boca e da faringe.....

Cirurgia laríngea

Cirurgia cabeça e do pescoço.....

J – LABORATÓRIO DE CIRURGIA EXPERIMENTAL

Sim ☐ Não ☐

❖ Observações:

.....

.....

.....

K - PROGRAMA DO INTERNATO

❖ A instituição permite cumprir integralmente a totalidade do programa e os tempos de duração dos estágios previstos? Sim ☐ Não ☐

❖ Existe protocolo de cooperação com outra instituição? Sim ☐ Não ☐

❖ Se existe protocolo, discrimine os estágios, local e tempo:

Estágio	Duração (meses)	Local (Serviço e instituição)

❖ Observações:

.....

.....



ORDEM
DOS MÉDICOS

L - CAPACIDADE FORMATIVA

❖ Qual é o número de internos que o serviço pretende admitir para o próximo ano ?

Observações:

.....

M - RESPONSABILIDADE DESTA INFORMAÇÃO

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

O DIRECTOR DO SERVIÇO.

Nome (em Maiúsculas):

Categoria:

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

O DIRECTOR DO INTERNATO MÉDICO:

Nome (em maiúsculas):