



## Colégio da especialidade de Angiologia e Cirurgia Vascular

Caracterização dos Serviços para  
Atribuição de Capacidades Formativas  
Angiologia e Cirurgia Vascular

A informação constante neste inquérito refere-se aos últimos 12 meses consecutivos

**DATA DE REALIZAÇÃO DO INQUÉRITO:**

**HOSPITAL:**

**DEPARTAMENTO/SERVIÇO/UNIDADE:**

**Idoneidade no ano anterior:**

Total  Estágios

*Quais os estágios a realizar obrigatoriamente fora do Serviço?*

Estágio	Duração (meses)
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____



### **1. Diretor de Serviço**

Nome clínico:

Categoria Profissional:

Nº Cédula Profissional:

Inscrito no Colégio de Especialidade desde:

### **2. Responsável no Serviço pelo Programa de Formação**

Nome clínico:

Categoria Profissional:

Nº Cédula Profissional:

Inscrito no Colégio de Especialidade desde:

### **3. Corpo Clínico:**

Assistente(s) Graduado(s) Sénior(es) (nº):

Assistentes Graduados (nº):

Assistentes (nº):

Internos de Formação Especializada em Angiologia e Cirurgia Vascular (nº):

Internos de Formação Especializada de outras Especialidades no ano anterior (nº, especialidade):



<b>Médicos Especialistas em Angiologia e Cirurgia Vascolar</b>			
Nome	Categoria Profissional	Idade	Horário Semanal (horas)

O corpo clínico atual satisfaz as necessidades do Serviço (s/n)?

Que modificações sugere e porquê?

Nome	Ano de Internato	Responsável de formação



#### 4. Estrutura do Hospital

Tipo de Hospital:

N.º de camas:

#### Outros Serviços com Idoneidade Formativa Reconhecida (Assinalar)

Serviço	Na Instituição (total/parcial)
Anestesiologia	
Cardiologia	
Cirurgia Cardiorácica	
Cirurgia Geral	
Imagiologia	
Imunohemoterapia	
Medicina Física e Reabilitação	
Medicina Intensiva / UCI	
Medicina Interna	
Nefrologia	
Patologia Clínica	

#### 5. Estrutura do Serviço (anexar Organograma do Serviço)

População abrangida pelo Serviço de Angiologia e Cirurgia Vasculuar:	
Serviço autónomo (s/n)?	
Integrado em Departamento (s/n)? Se sim qual?	
Enfermagem (nº):	



Técnicos de Diagnóstico e Terapêutica? (nº):	
Secretariado próprio? (nº):	
Informatização do Serviço (s/n)?	
População abrangida pelo Serviço de Angiologia e Cirurgia Vasculare:	

### 6. Atividade assistencial (anexar estatística oficial do Hospital)

<b>Consulta Externa (total) (nº):</b>	
1ªs Consultas (nº):	
Nº de Consultas por especialista (nº):	
Lista de espera para Consulta (nº):	
Tempo médio de demora?	
Outras Consultas:	
Acessos Vasculares para hemodiálise (s/n) (nº):	
Consulta Multidisciplinar de Pé Diabético (s/n) (nº):	
Outras:	

Descrição da participação dos internos de formação especializada na Consulta:

### 7. Internamento

N.º de camas:	
Taxa de ocupação (%):	
Demora média de internamento:	
Nº de doentes internados no ano:	



Urgência interna (s/n)? Horário?	
----------------------------------	--

### 8. Laboratório Vascular

<b>Consulta Externa (total) (nº):</b>	
Central? No Serviço?	
Doppler Contínuo (s/n)?	
Nº de exames/ano com índice T/B?	
Aparelho (s) de Ecodoppler (s/n) (nº)?	
Nº de exames arteriais dos membros?	
Nº de exames venosos dos membros?	
Nº exames carotídeos e vertebrais?	
Nº exames abdominais?	
Nº exames de acessos vasculares para hemodiálise?	
Realizados por técnico (s/n)?	
Participação dos Internos (s/n)?	
Outros exames?	

Notas:

### 9. Angiorradiologia

Sala de angiorradiologia (s/n)? Tipo?	
Horas de sala de angiorradiologia por semana?	
Nº de Exames diagnósticos realizados por ano?	



Exames realizados por: Cirurgia Vascul ar (s/n)?	
Serviço de Radiologia (s/n)?	
Intervenções terapêuticas na sala de Angiorradiologia (s/n)?	
Por Cirurgia Vascul ar (s/n)?	
Procedimentos eletivos (s/n) (nº/ano):	
Procedimentos urgentes (s/n) (nº/ano):	
Participação dos Internos (s/n)?	
Possibilidade de angiorradiologia na sala de bloco operatório (s/n)?	

Notas:

### 10. Serviço de Urgência

Acesso à Urgência Vascul ar – aberta ao exterior (s/n)?	
Regime de funcionamento – Presença física? Prevenção? Misto?	
24 horas por dia (s/n)? Se não qual é o regime?	
Especialista em presença física (s/n)? Nº de horas por dia?	
Especialista em regime de prevenção (s/n)? Nº de horas por dia?	
Interno em presença física (s/n)? Nº de horas por dia? Interno	
Interno em regime de prevenção (s/n)? Nº de horas por dia?	



Consultadoria intra-hospitalar (s/n)? Nº de horas por dia?	
--	--

### 11. Atividade Cirúrgica

Bloco operatório: Ambulatório (s/n)? Central (s/n)?	
Nº total de intervenções cirúrgicas:	
Nº Intervenções cirúrgicas programadas:	
Nº Intervenções cirúrgicas em urgência:	
Nº Intervenções cirúrgicas em urgência excluindo amputações: Nº de Horas de Bloco operatório eletivo por semana: Central (nº horas):	
Ambulatório (nº horas):	
Nº de Tempos operatórios semanais para produção adicional/recuperação de lista de espera:	
Nº Intervenções cirúrgicas em programas de produção adicional/recuperação de listas de espera:	
Nº Intervenções cirúrgicas em programas de produção adicional/recuperação de listas de espera - patologia não venosa:	
Participação dos internos na produção adicional (s/n)? Nº de inscritos em lista de espera:	
Tempo máximo de espera:	
Recobro pós cirúrgico: Central? No Serviço?	
Presença permanente de médico no recobro (s/n)? Especialidade?	

### 12. Casuística cirúrgica do Serviço:

Cirurgia Arterial Direta (nº):	
Cirurgia Arterial Endovascular (nº):	
Cirurgia de Amputação (nº):	



Cirurgia de Varizes (nº):	
Cirurgia de Acessos Vasculares para hemodiálise (nº): Outras intervenções (discriminar):	
Cirurgia Arterial Direta (nº):	

### 13. Serviço/Unidade de Cuidados Intensivos:

Unidades de cuidados intensivos polivalente (s/n)? Nº de Camas: Presença de médico permanente (s/n)? Especialidade?	
Unidade de cuidados intensivos coronários (s/n)? Nº de Camas: Presença de médico permanente (s/n)? Especialidade?	
Unidade de cuidados intensivos do Serviço (s/n)? Nº de Camas: Presença de médico permanente (s/n)? Especialidade?	
Unidade de cuidados intermédios do Serviço (s/n)? Nº de Camas: Presença de médico permanente? Especialidade?	

### 14. Atividade científica e académica

Reuniões de Serviço (s/n)? Periodicidade?	
Reuniões de discussão clínica e terapêutica (s/n)? Periodicidade?	
Reuniões de morbilidade e mortalidade (s/n)? Periodicidade?	
Reuniões entre internos e orientadores de formação (s/n)? Periodicidade?	
Tempo especificamente dedicado à orientação do interno no horário do orientador de formação?	
Biblioteca (+ online) do Serviço (s/n)? Da Instituição (s/n)? Projetos de investigação em curso:	



Nº de Publicações Científicas:	
Nº de Comunicações orais:	
Nº de Comunicações sob a forma de Poster:	
Reuniões Científicas organizadas pelo Serviço (s/n): Se sim quais?	

### 15. Pedido de Idoneidade

Atendendo a estas características, este Serviço, pretende que lhe seja reconhecida idoneidade formativa:

Total

Estágios

Tendo por base as respostas a este inquérito e os objetivos do programa de formação da especialidade, qual é, na sua opinião, o número máximo de Internos de Formação Especializada (IFE) em Angiologia e Cirurgia Vasculiar que o Serviço poderá **ter em formação** em simultâneo **num mesmo ano**?

Quantos IFE pretende o Serviço receber **no próximo ano**?

Este Serviço, pretende que lhe seja reconhecida idoneidade formativa para os seguintes estágios:

Formação Especializada	(Assinalar)
Cirurgia Geral	
Urologia	
Ortopedia	
Medicina Geral e Familiar	
Cirurgia Plástica	
Outras Especialidades? Quais?	



Tendo por base as respostas a este inquérito e os objetivos do programa de formação da especialidade, qual é, na sua opinião, o número máximo de internos de Formação Especializada de outras especialidades que o Serviço poderá **ter por mês no próximo ano?**

Outras observações que considere relevantes:

Comentários e sugestões do Diretor de Serviço:



**RESPONSABILIDADE POR ESTA INFORMAÇÃO**

O DIRETOR DE SERVIÇO:

Nome:

Categoria:

Data:

Assinatura:

PARECER DO DIRETOR DO INTERNATO MEDICO:

O DIRETOR DO INTERNATO MÉDICO:

Nome:

Categoria:

Data:

Assinatura: