**Colégio de Hematologia Clínica**

**Caracterização dos serviços para atribuição de capacidade formativa**

**1 - Identificação do Serviço**

Hospital Serviço \_\_\_\_\_\_ Endereço

Telefone \_\_ Fax Email \_\_\_\_\_\_\_\_

Director do Serviço \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Idoneidade Formativa no ano transacto: Sim ☐ Não ☐

**VALÊNCIAS DO SERVIÇO COM IDONEIDADE FORMATIVA**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Sim** | **Não** |  | **Sim** | **Não** |
| **HEMATOLOGIA CLÍNICA** |  |  | **HEMATOLOGIA LABORATORIAL** |  |  |
| Patologia do Glóbulo Branco |  |  | Hematologia |  |  |
| Oncológica |  |  | lmunohematologia |  |  |
| Não Oncológicas |  |  | Patologia do Eritrócito |  |  |
| Hemostase |  |  | Citometria de Fluxo |  |  |
| Doenças hemorrágicas |  |  | Genética e Biologia Molecular |  |  |
| Trombofilia e trombose |  |  | Hemostase *I* Trombose |  |  |
| Patologia Glóbulo Vermelho |  |  |  |
| Hematologia Pediátrica |  |  |
| **MEDICINA TRANSFUSIONAL** |  |  |
| **TRANSPLANTE DE CÉLULAS PROGENITORAS HEMATOPOIÉTICAS** |  |  |

**Se o Serviço não possui idoneidade formativa total:**

Indicar os locais de formação para as áreas em falta

|  |  |
| --- | --- |
| **Área** | **Local** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

**2 – Quadro Médico**

|  |  |
| --- | --- |
| Categoria | Nº |
| Chefe Serviço |  |
| Assistente Graduado |  |
| Assistente Hospitalar |  |
| Total |  |

**Nº Internos**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Ano | Do Serviço | De outros serviços/Instituições |
| Da mesma especialidade | De outras especialidades |
| 1º ano |  |  |  |
| 2º ano |  |  |  |
| 3º ano |  |  |  |
| 4º ano |  |  |  |
| 5º ano |  |  |  |
| Total |  |  |  |

**Orientadores de Formação**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nome | Categoria | Nº Internos |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**3. Movimento assistencial**

**3.1.1nternamento**

Enfermaria própria Sim\_\_\_\_ Não\_\_\_\_

Nº de camas de Internamento Nº de camas de isolamento \_\_\_

Capacidade de Internamento noutras Enfermarias Sim Não \_

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Ano | Doentes admitidos | Demora média | Total de ocupação |
|  |  |  |  |

(estatística oficial do Hospital)

**3.2 Hospital de Dia**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Ano |  | Quimioterapia hemato – onc. | Hematologia |
|  | Nº doentes admitidos |  |  |
|  | Nº tratamentos |  |  |

(estatística oficial do hospital)

**3.3.Consulta Externa** (anexar estatística oficial do Hospital)

Consulta por patologia Sim\_\_\_\_\_ Não\_\_\_\_\_\_

Consulta informatizada Sim\_\_\_\_\_ Não\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Ano | Nº total de consultas | Nº 1ª cons | Nº 2ª cons | Relação 1ª/2ª cons |
|  |  |  |  |  |

**3.4. Unidade de Transplantação**

N.º de camas

Nº de transplantes no último ano: Autólogos \_\_\_\_\_\_ Alogénicos\_\_\_\_\_\_\_

Casuística nosológica

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

**3.5.Urgência**

Urgência Interna Urgência Externa

Prevenção \_\_\_\_\_\_? Presença física? Sim ☐ \_\_\_\_\_\_ (h) Não ☐

Tem protocolos escritos de atitudes terapêuticas? Sim ☐ Não ☐

**4. Meios Complementares de diagnóstico**

Possui Laboratórios próprios?

Se **SIM**

|  |  |
| --- | --- |
| Hematologia |  |
| Hemostase *I* Trombose |  |
| Citometria de Fluxo |  |
| Genética e Biologia Molecular |  |
| Patologia do Eritrócito |  |
| lmunohematologia |  |

**5. Formação médica contínua e actividade científica**

Ensino pré-graduado Sim ☐ Não ☐

Reuniões de serviço *I* periodicidade

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

Comunicações apresentadas no último ano

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Reunião *I* Congresso | Conferência | Com. oral | Poster |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

Artigos publicados no último ano

|  |  |
| --- | --- |
| Título | Referência |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

O Serviço organizou Jornadas/Congressos no último ano? Sim ☐ Não ☐

Se SIM, anexar os respectivos programas

**5.1. Investigação**

Projectos de Investigação em curso

|  |  |
| --- | --- |
| Título | Entidade patrocinadora |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

Teses de Mestrados·

|  |
| --- |
| Título |
|  |
|  |
|  |
|  |

Teses de Doutoramento

|  |
| --- |
| Título |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

**5.2.Biblioteca**

Revistas em suporte de papel *I on-line*

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

**6. Data da última vistoria para Atribuição de Idoneidade Formativa**

\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_

**7 Capacidade formativa prevista para o próximo ano**

Nº de novos internos

 \_/\_/\_

DIRETOR DO SERVIÇO

 \_/\_/\_

DIRETOR DO INTERNATO MÉDICO