**Caracterização dos serviços hospitalares para atribuição de idoneidade formativa para o internato de Imunoalergologia**

DEPARTAMENTO *I* SERVIÇO: ...................................................................................... HOSPITAL: ........................................................................................................................

Existência prévia de idoneidade pela Ordem dos Médicos

Total ☐ Parcial ☐ \_\_\_\_\_meses Não ☐

DATA: .......................................

Instruções de preenchimento:

1) Escreva com letras maiúsculas, quando necessário

2) Assinale com X ou preencha as quadrículas quando necessário

**A- IDONEIDADE ATRIBUÍDA**

Por favor informe-nos, no quadro abaixo, relativamente ao último ano, quais os estágios e quais os respectivos internatos para os quais o Serviço é considerado idóneo pelos Colégios de Especialidades da Ordem dos Médicos.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ESTAGIO** | **DURAÇÃO** | **INTERNATO** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**B - CORPO CLÍNICO**

1)Número de especialistas:

|  |  |
| --- | --- |
| **Categoria** | **Número de efectivos** |
| Chefes de Serviço |  |
| Assistentes Graduados |  |
| Assistentes Hospitalares |  |

Nota: Salvo em situações excepcionais, para atribuição de idoneidade total ou parcial é exigível um mínimo de 3 (três) especialistas em lmunoalergologia em efectividade de funções, de acordo com os critérios definidos pelo Colégio de Imunoalergologia

2)Número de médicos do internato complementar de Imunoalergologia colocados no

Serviço

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 1º ano |  |  | 4º ano |  |
| 2º ano |  |  | 5º ano |  |
| 3º anos |  |  | 6º ano |  |

3)Número de internos de outros Serviços *I* Instituições a estagiar no Serviço no ano transacto

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| De Imunoalergologia |  |  | De outras especialidades. Quais? |  |

**C -DOCUMENTAÇÃO**

1) Existe ARQUIVO CLÍNICO organizado? SIM ☐ NÃO ☐

 se SIM, o arquivo clínico é CENTRAL ☐ do SERVIÇO ☐

O arquivo clínico está informatizado ? SIM ☐ NÃO ☐

2) Existe BIBLIOTECA organizada? SIM ☐ NÃO ☐

 se SIM a biblioteca é CENTRAL ☐ do SERVIÇO ☐ VIRTUAL ☐

Que livros básicos actualizados e específicos da especialidade existem ?

|  |  |
| --- | --- |
| 1. |   |
| 2. |   |
| 3. |   |
| 4. |   |
| 5. |   |

A que publicações periódicas da especialidade têm acesso ?

|  |  |
| --- | --- |
| 1. |   |
| 2. |   |
| 3. |   |
| 4. |   |
| 5. |   |

**D - ACTIVIDADE CIENTÍFICA**

1)Realizam-se sessões clínicas

Semanais ☐ Quinzenais ☐ Não ☐

As presenças são registadas? Não ☐ Sim ☐

São elaboradas actas? Não ☐ Sim ☐

2)Numero de trabalhos publicados no ano transacto

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Publicações Nacionais | Publicações Internacionais |
| Artigos em texto completo |  |  |
| Resumosem revistas/proceedings |  |  |
| Capítulos em livros |  |  |

3)Número de comunicações orais, fora do Serviço, no ano transacto

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Reuniões Nacionais | Reuniões Internacionais |
| Conferências */* Palestras |  |  |
| Comunicações livres */* Posters |  |  |

4)Número de actividades de formação no ano transacto

|  |  |
| --- | --- |
| Dirigidas a Imunoalergologistas *I* Internos de Imunoalergologia |  |
| Dirigidas a médicos não Imunoalergologistas |  |
| Dirigidas à comunidade |  |
| Participação na organização de eventos científicosQuais? |  |

Nota: solicita-se que além de referidos na alínea D (actividade científica) o n°, sejam anexadas as listagens das sessões clínicas, publicações, conferências, palestras, comunicações (livres/posters) e acções de formação efectuadas no ano transacto

5) Outras actividades

**E- INTERNAMENTO**

1) Existem camas exclusivas da especialidade Não ☐ Sim ☐

2) Internamento em área de Departamento Não ☐ Sim ☐ Quantas ? \_\_\_\_\_\_

3) Número de internamentos no ano transacto: \_\_\_\_\_\_\_\_

4) Demora média no ano transacto : \_\_\_\_\_\_\_\_\_ dias

5) Observações:

**F - HOSPITAL DE DIA**

1) Número de sessões no ano transacto \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

2) Número de doentes no ano transacto \_\_\_\_\_\_\_\_

3) Observações:

**G - PROCEDIMENTOS DE DIAGNÓSTICO *I* TERAPÊUTICA**

(inclui os realizados no Hospital de Dia, Consulta Externa e Internamento)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| CódigoGDH | DESCRIÇÃO | Nºefectuado |
|  | PROVAS DE SENSffiiLIDADE CUTANEA |  |
|  | Testes por picada |  |
| 95005 | Testes por picada (Prick) - reacção de hipersensibilidade imediata, com um mínimo de 15 extractos alergénicos, incluindo controlo positivo e diluente |  |
| 95010 | Testes por picada (Prick) - reacção de hipersensibilidade imediata, desdobramento de alergenos. Cada série de 1O alergenos, incluindo controlo positivo e diluente |  |
| 95015 | Testes por picada (Prick) - reacção de hipersensibilidade imediata, método Prick-Prick, alimentos frescos, incluindo controlo positivo e diluente |  |
| 95020 | Testes por picada (Prick) - reacção de hipersensibilidade imediata, venenos |  |
| 95025 | Testes por picada (Prick) - reacção de hipersensibilidade imediata, fracções alergénicas demedicamentos |  |
| 95030 | Testes por picada (Prick) - reacção de hipersensibilidade imediata, produtos biológicos ou outros medicamentos, incluindo controlo positivo e diluente |  |
|  | Testes intradérmicos |  |
| 95035 | Testes intradérmicos - reacção de hipersensibilidade imediata a venenos |  |
| 95040 | Testes intradérmicos - reacção de hipersensibilidade imediata, a fracções alergénicas demedicamentos |  |
| 95045 | Testes intradérmicos - reacção de hipersensibilidade imediata, outros medicamentos e produtosbioló\_gicos incluindo controlo positivo e diluente |  |
| 95050 | Testes intradérmicos - reacção de hipersensibilidade imediata, com extractos alergénicos, cadasérie de 8 alergenos incluindo controlo positivo e diluente |  |
|  | Testes de contacto |  |
| 95055 | Testes de contacto (Patch) - série standard, incluindo leitura de um mínimo de 28 alergenos |  |
| 95060 | Testes de contacto (Patch)- outras séries, incluindo leitura de um mínimo de 8 alergenos |  |
| 95065 | Estudo da imunidade celular por testes múltiplos |  |
|  |  |  |
|  | PROVAS DE PROVOCAÇÃO NASAL |  |
|  | Testes de provocação nasal - inespecíficos |  |
| 95206 | Testes de provocação nasal - inespecíficos por rinomanometria anterior |  |
| 95207 | Testes de provocação nasal- inespecíficos por rinomanometria posterior |  |
|  | Testes de provocação nasal - específicos |  |
| 95211 | Testes de provocação nasal - específicos por rinomanometria anterior |  |
| 95212 | Testes de provocação nasal - específicos por rinomanometria posterior |  |
| 95215 | Lavagem da mucosa nasal para estudo da celularidade, pós provocação alergénica - cada alergeno |  |
|  | Rinometria computorizada (ver tabela ORL, código 78230) |  |
|  | Rinometria computorizada com provas de provocação nasal (ver tabela ORL, código 78231) |  |
|  |  |  |
|  | PROVAS DE PROVOCAÇÃO OFTALMICA |  |
| 95155 | Testes de provocação oftálmica- inespecíficos |  |
| 95150 | Testes de provocação oftálmica- cada alergeno |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
|  | **PROVAS DE PROVOCAÇÃO ORAL** |  |
| **95310** | Teste de provocação oral- inespecífíco |  |
| **95300** | Teste de provocação oral - aberto, com alimentos, medicamentos ou aditivos. Avaliação daresposta imediata e tardia |  |
| **95305** | Teste de provocação oral- ocultação, com alimentos, medicamentos ou aditivos. Avaliação da resposta imediata e tardia |  |
|  |  |  |
|  | **PROVAS DE FUNÇÃO RESPIRATORIA** |  |
|  | Espirometria, incluindo gráficos, curva débito volume, capacidade vital, volume expiratório máximo no 1o segundo, débito expiratório máximo e médio e ventilação voluntária máxima porminuto (ver tabela de Pneumologia, código 80010) |  |
|  | Espirometria, incluindo gráficos, curva débito volume, capacidade vital, volume expiratório máximo no 1° segundo, débito expiratório máximo e médio e ventilação voluntária máxima por minuto, em crianças com idade superior a 2 e inferior a 6 anos (ver tabela de Pneumologia, código 80011) |  |
|  | Capacidade residual funcional ou volume residual (hélio/azoto) (ver tabela de Pneumologia, código 80040) |  |
|  | Determinação da resistência das vias aéreas por método oscilométrico de oclusão intermitente(ver tabela de Pneumologia, código 80060) |  |
|  | Estudo da resistência das vias aéreas e volume de gás intra-toracico por pletismografía corporal(ver tabela de Pneumologia, código 80100) |  |
|  | Estudo da resistência das vias aéreas por pletismografía corporal, em crianças com idade superior a 2 e inferior a 6 anos (ver tabela de Pneumologia, código 80101) |  |
|  | Estudo da mecânica ventilatória, incluindo medição em volume corrente, débitos expiratórios em volume corrente e volume aumentado, resistência das vias aéreas e volume de gás intratorácico, em crianças com idade inferior a 2 anos (ver tabela de Pneumologia, código80133)\_ |  |
|  | Prova de broncodilatação (acresce à prova basal) (ver tabela de Pneumologia, código 80110) |  |
|  | Prova de broncodilatação, em crianças com idade superior a 2 anos e inferior a 6 (acresce à prova basalli\_ver tabela de Pneumologia, código 80111) |  |
|  | Prova de broncoconstrição com água destiladalsoluto hipertónico (acresce à prova basal) (ver tabela de Pneumologia, código 80115) |  |
|  | Prova de broncoconstrição com ar frio (acresce à prova basal) (ver tabela de Pneumologia,códigs> 80116) |  |
|  | Prova de broncoconstrição de esforço, com bicicleta ou tapete rolante (acresce à prova basal) (ver tabela de Pneumologia, código 80117) |  |
|  | Prova de broncoconstrição com acetilcolina (acresce à prova basal) (ver tabela dePneumologia, código 80120) |  |
|  | Prova de broncoconstrição com metacolina (acresce à prova basal) (ver tabela de Pneumologia, código 80121) |  |
|  | Prova de broncoconstrição, em crianças com idade superior a 2 e inferior a 6 anos (acresce àQfOva basal) (ver tabela de Pneumologia, código 80122) |  |
|  | Prova de broncoconstrição específica com alergénios (acresce à prova basal) (ver tabela dePneumologia, código 80130) |  |
| **95460** | Determinação do óxido nítrico exalado |  |
|  | Determinação do condensado exalado (ver tabela de Pneumologia, código 80194) |  |
|  | Determinação do débito expiratório máximo instantâneo (peak flow) (ver tabela dePneumologia, código 80209) |  |
|  |  |  |
|  | **IMUNOTERAPIA** |  |
| **95500** | Aplicação de uma injecção de extractos alergénicos - monitorização e vigilância |  |
| **95505** | Aplicação de duas ou mais injecções de extractos alergénicos |  |
| **95510** | Aplicação de uma injecção de veneno de himenóptero |  |
| **95515** | Aplicação de duas injecções de veneno de himenóptero |  |
| **95520** | Aplicação de extractos de aeroalergenos por método de "rush" - mínimo de 4 injecções em concentrações crescentes |  |
| **95525** | Dessensibilização rápida a medicamentos - cada hora |  |
|  |  |  |
|  | **AEROSSOL TERAPEUTICO** |  |
|  | Aerossóis (ver tabela de MFR, código 60438) |  |
|  | Aerossóis ultra-sónicos (ver tabela de MFR, código 60437) |  |

**H- CONSULTA EXTERNA**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **Total consultas** | **Primeiras consultas** | **Consultas****subsquentes** |
| **Global** |  |  |  |
| < **6 anos** |  |  |  |
| **6-12 anos** |  |  |  |
| **13-17 anos** |  |  |  |
| **18-35 anos** |  |  |  |
| **36-55 anos** |  |  |  |
| **>56 anos** |  |  |  |

1) N° total de consultas no ano transacto

2) N° de primeiras consultas no ano transacto

3) Existem consultas diferenciadas? Não \_\_\_ Sim \_\_\_

Se sim, quais?

(Solicita-se que ao especificar as consultas refira o movimento de cada uma das consultas referidas)

4) Observações:

**I- MEIOS COMPLEMENTARES DE DIAGNÓSTCO- específicos**

1) Existem os meios necessários para ao exercício da especialidade

Não ☐ Sim ☐

2) Se Não, quais os que estão em falta?

**J- ATENDIMENTO DE URGÊNCIA**

(preencher somente se a especialidade tiver escala de urgência)

1) Autónomo e com presença física Não ☐ Sim ☐

2) Autónomo mas em regime de prevenção *I* chamada Não ☐ Sim ☐

3) Observações:

**K- IDONEIDADE POR ESTÁGIO**

ATENDENDO a estas características, este Serviço pretende que lhe seja reconhecida idoneidade formativa para os seguintes estágios

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ESTAGIO** | **DURAÇÃO** | **INTERNATO** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**L- RESPONSABILIDADE POR ESTA INFORMAÇÃO**

Em\_\_\_\_/ \_\_\_\_\_/ \_\_\_\_\_\_\_\_

O Director do Serviço de \_

Nome (Maiúsculas): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Categoria:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Em\_\_\_\_/ \_\_\_\_\_/ \_\_\_\_\_\_\_\_

O DIRECTOR DO INTERNATO MÉDICO \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nome (Maiúsculas): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_