**Colégio de Ginecologia / Obstetrícia**

**INQUÉRITO AOS SERVIÇOS COM A FINALIDADE DE AVALIAR A SUA IDONEIDADE E CAPACIDADE FORMATIVA PARA O INTERNATO DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA**

**ANO**: \_\_\_\_\_\_\_\_ (preencher com dados referentes ao último ano)

**Hospital**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Localidade:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Director(es):** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**A – AVALIAÇÃO GERAL DA IDONEIDADE E CAPACIDADE FORMATIVA**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | *Sim* | *Não* |
| Serviço único de Ginecologia (G) e Obstetrícia (O) |  |  |
| Serviços independentes de G e O |  |  |
| Um departamento com dois serviços independentes |  |  |

**Indique com que Serviços e Unidades há articulação programada**:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **SERVIÇOS E UNIDADES** | *Sim* | *Não* | **SERVIÇOS E UNIDADES** | *Sim* | *Não* |
| Serviço de Medicina |  |  | Serviço Radiologia |  |  |
| Serviço Cirurgia Geral |  |  | Serviço Imuno-Hemoterapia |  |  |
| Serviço de Cirurgia Plástica |  |  | Serviço Patologia Clínica |  |  |
| Serviço Anatomia-Patológica |  |  | Serviço de Anestesiologia |  |  |
| Serviço de Endocrinologia |  |  | Serviço de Genética Médica |  |  |
| Serviço de Cardiologia Pediátrica |  |  | Outros Serviços |  |  |
| Unidade de cuidados intensivos neonatais |  |  | Unidade de cuidados intensivos polivalente de adultos |  |  |

**Indique o número total de médicos especialistas (CTFP ou CIT) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Indique se existe recurso a trabalho de médicos especialistas em regime de prestação de serviços:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Não |  |  | |
| Sim |  | Em que áreas: | Urgência de GO: |
| Outras: |

**Indique a lotação dos serviços e condições do bloco de partos:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | *Número* |  | *Número* |
| Camas em Obstetrícia |  | Camas no bloco de partos |  |
| Camas em Ginecologia |  | Salas operatórias *no bloco de partos* para cirurgia de urgência |  |

**Indique o número das seguintes consultas:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | *Número* |  | *Número* |
| Consultas de Obstetrícia (total) |  | Consultas de Menopausa |  |
| Consultas de Ginecologia (total) |  | Consultas de Planeamento Familiar |  |
| Consultas de Patologia Cervico-Vulvar |  | Consultas de Obs/Diabetologia |  |
| Consultas de Endocrinologia Ginec |  | Consultas de Obs/Hipertensão |  |

**Indique o número de partos, cirurgias e respetivos indicadores:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Número de Partos vaginais |  | Número de partos pélvicos vaginais |  |
| Percentagem de episiotomias |  | Percentagem de f*orceps* |  |
| Número de CesarIanas |  | Percentagem de ventosas |  |
| Percentagem de cesarianas |  | Percentagem de lacerações 3º/4ºgrau |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Doentes operadas (total de ginecologia) |  | Histerectomias abdominais |  |
| Doentes operadas em ambulatório |  | Histerectomias vaginais |  |
| Horas por semana de bloco operatório |  | Histerectomias laparoscópicas |  |
| Histeroscopias cirúrgicas |  | Laparoscopias (outras além do item anterior) |  |

**Indique os números relativos a técnicas de Ginecologia:**

|  |  |
| --- | --- |
| Nº especialistas dedicam mais de 50% do seu tempo à ecografia ginecológica |  |
| Número de ecografias ginecológicas |  |
| Número de histeroscopias de consultório (sem anestesia) |  |
| Número de colposcopias |  |
| Número de introduções de Dispositivos Contracetivos (DIU/DLIUs) |  |

**B - AVALIAÇÃO DA IDONEIDADE PARA OS ESTÁGIOS OBRIGATÓRIOS**

ESTÁGIO DE ECOGRAFIA OBSTÉTRICA E DIAGNÓSTICO PRÉ-NATAL

|  |  |
| --- | --- |
| Nº especialistas dedicam mais de 50% do seu tempo à ecografia |  |
| O serviço está integrado num hospital de apoio perinatal diferenciado? |  |
| Número de consultas de diagnóstico pré-natal |  |
| Número de ecografias obstétricas – 12 semanas |  |
| Número de ecografias obstétricas – 22 semanas |  |
| Número de biópsias das vilosidades coriónicas |  |
| Número de outras técnicas invasivas |  |

ESTÁGIO DE MEDICINA MATERNO-FETAL

|  |  |
| --- | --- |
| Nº especialistas dedicam mais de 50% do seu tempo à medicina materno fetal |  |
| O Serviço está integrado num hospital de apoio perinatal diferenciado? |  |
| Número de partos com menos de 34 semanas |  |
| Número de consultas de alto risco obstétrico |  |

ESTÁGIO DE GINECOLOGIA ONCOLÓGICA

|  |  |
| --- | --- |
| Nº especialistas dedicam mais de 50% do seu tempo à ginecologia oncológica |  |
| Número de novos casos/ano de cancro ginecológico |  |
| Número de consultas de ginecologia oncológica |  |
| Número de histerectomias com linfadenectomia |  |
| Número de cirurgias por laparoscopia em ginecologia oncológica |  |

ESTÁGIO DE PATOLOGIA MAMÁRIA/SENOLOGIA

|  |  |
| --- | --- |
| Nº especialistas dedicam mais de 50% do seu tempo à senologia |  |
| Número de novos casos/ano de cancro da mama |  |
| Número consultas de Patologia Mamária |  |
| Número de doentes operadas por patologia mamária maligna |  |
| Número de doentes operadas com reconstrução mamária (cirurgia plástica) |  |

ESTÁGIO DE MEDICINA DA REPRODUÇÃO

|  |  |
| --- | --- |
| Nº especialistas dedicam mais de 50% do seu tempo à medicina da reprodução |  |
| Número de novos casais/ano com infertilidade |  |
| Número de consultas de infertilidade |  |
| Número de ciclos/ano realizados com recurso a laboratório de técnicas de procriação medicamente assistida |  |
| Número de cirurgias realizadas por problemas de infertilidade |  |
| Número de casos de preservação da fertilidade |  |

ESTÁGIO DE UROGINECOLOGIA

|  |  |
| --- | --- |
| Nº especialistas dedicam mais de 50% do seu tempo à ginecologia urológica |  |
| Número de consultas de ginecologia urológica |  |
| Número de estudos urodinâmicos |  |
| Número de cirurgias realizadas para correção de prolapso urogenital |  |
| Número de cirurgias para correção de incontinência urinária |  |

**Indique o número de:**

|  |  |
| --- | --- |
| Comunicações orais e Posters em reuniões nacionais |  |
| Comunicações orais e Posters em reuniões internacionais |  |
| Publicações em revistas indexadas |  |
| Publicações em revistas não indexadas |  |
| Projetos de investigação clínica |  |
| Participação em ensaios clínicos |  |

**Indique os médicos Internos e respetivos Orientadores de Formação**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | INTERNO (Nome) | Nº Cédula Profissional do Interno | Ano Internato | Ano Entrada Internato | ORIENTADOR DE  FORMAÇÃO (Nome) |
| 1 |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |  |
| 8 |  |  |  |  |  |
| 9 |  |  |  |  |  |
| 10 |  |  |  |  |  |
| 11 |  |  |  |  |  |
| 12 |  |  |  |  |  |
| 13 |  |  |  |  |  |
| 14 |  |  |  |  |  |
| 15 |  |  |  |  |  |
| 16 |  |  |  |  |  |
| 17 |  |  |  |  |  |
| 18 |  |  |  |  |  |
| 19 |  |  |  |  |  |
| 20 |  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| *Tendo por base as respostas a este inquérito e os objetivos do programa de formação da especialidade, qual é, na sua opinião, o número de novos internos/ano que, nas condições atuais, o seu serviço pode formar?............................................................................................................*  Indique os estágios de formação base que considera ser necessário efetuar em outros serviços\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Indique os estágios de formação base e opcionais que pode proporcionar a internos de outros serviços\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Comentários e sugestões do(s) Diretor(es) de Serviço(s)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |