**Colégio de Oncologia Médica**

Questionário de Avaliação de Idoneidade Formativa

# Identificação

|  |  |
| --- | --- |
| Instituição |  |
| Diretor de Serviço |  |
| Endereço |  |

# Caracterização Sumária da Atividade Clínica

|  |  |
| --- | --- |
| Período a que reportam os dados | \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_\_ |
| Primeira consulta de Oncologia Médica (n): |  |
| Doentes com pelo menos uma consulta de Oncologia Médica (n): |  |

## Caracterização Sumária de Patologias Frequentes

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Patologia** | **Primeira Consulta** | **Pelo menos uma consulta** |
| Mama Feminina |  |  |
| Cólon e Reto |  |  |
| Próstata |  |  |
| Pulmão |  |  |
| Estômago |  |  |

## Caracterização Sumária por Grupo de Patologia

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Patologia** | **Primeira Consulta** | **Pelo menos uma consulta** |
| Digestiva |  |  |
| Urológica |  |  |
| Ginecológica |  |  |
| Cabeça e Pescoço |  |  |
| Tecido Conjuntivo e Osso |  |  |
| Sistema Nervoso Central |  |  |
| Melanoma |  |  |
| Patologia Maligna Hematológica |  |  |
| Outras Patologias |  |  |

## Caracterização da Atividade em Internamento

Número de internamentos com acompanhamento por Oncologia Médica:

## Assistência Médica Não Programada a Doentes Oncológico

Número de doentes com avaliação não programada por Oncologia Médica:

# Objetivos Formativos

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Idoneidade Formativa |  | Total |  | Parcial |
| Expetativa de Capacidade Formativa Total do Centro |  | | | |
| Total de Internos com < 60 meses de formação |  | | | |
| Total de Médicos Internos de 1.º ano pretendidos |  | | | |

# Programa Formativo do Serviço

## Internos em formação

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **1.º Ano** | **2.º Ano** | **3.º Ano** | **4.º Ano** | **5.º Ano** |
| Número de internos por ano de formação |  |  |  |  |  |
| *Considerar o número de internos, por ano de formação, a 31 de Dezembro do ano em curso* | | | | | |

## Orientadores de Formação

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Item** | **Sim** | **Não** | **Comentários** |
| Curso de Formação de Formadores |  |  |  |
| Horas Semanais alocadas à Orientação |  | | |

## Atividade Formativa do Serviço

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Tipo de Atividade** | **Periodicidade** | **Comentários** |
| Reunião Científica |  |  |
| *Journal Club* |  |  |
| Morbilidade e Mortalidade |  |  |
| Aferição dos Protocolos de Atuação do Serviço |  |  |
|  |  |  |

## Resultados do programa formativo (ano anterior)

|  |  |
| --- | --- |
| Número de internos que completaram o programa |  |
| Valorização final dos internos que completaram o programa (mín; máx) |  |

## Resultados da avaliação contínua do programa (ano anterior)

|  |  |
| --- | --- |
| Número de internos que completaram uma avaliação contínua |  |
| Número de internos que não obtiveram aprovação nessa avaliação |  |

# Caracterização do Serviço

## Corpo Clínico

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Especialistas em Oncologia Médica (n) | |  |
| Especialistas em Oncologia Médica com horário > 30h/Semana (n) | |  |
| Especialistas em Oncologia Médica com < 2 anos de especialidade (n) | |  |
| **Nome Clínico** | **Cédula Profissional** | **Orientandos (n)** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

## Instalações do Serviço

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Item** | **Sim** | **Não** | **Comentários** |
| Área de Consulta própria† |  |  |  |
| Gabinetes de consulta exclusivos | Total acessíveis/dia : | | |
| Sala para Consulta de Grupo Multidisciplinar |  |  |  |
| Área de Internamento própria§ |  |  |  |
| Número de camas de internamento | Total do serviço: | | |
| Sala de Reuniões |  |  |  |
| Hospital de Dia próprio |  |  |  |
| Número de postos de tratamento |  |  |  |
| *† se a área de consulta for partilhada por outras especialidades, assinalar não, descrever o contexto de partilha em comentários; § se a área de internamento for de outra especialidade com a consultoria de Oncologia Médica, assinalar não, descrever o contexto funcional em comentários* | | | |

## Condições Técnicas e Logísticas para o Exercício da Especialidade

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Item** | **Sim** | **Não** | **Contexto (riscar o não aplicável)** |
| **Acesso a MCDT *(considerar execução e leitura)*** | | | |
| TC |  |  | Na Instituição / Fora da Instituição |
| Cintigrafia óssea |  |  | Na Instituição / Fora da Instituição |
| PET 18F-FDG |  |  | Na Instituição / Fora da Instituição |
| PET outros radiofármacos |  |  | Na Instituição / Fora da Instituição |
| Ecocardiograma ou MUGA |  |  | Na Instituição / Fora da Instituição |
| **Especialidades com Presença em Consulta de Grupo Multidisciplinar** | | | |
| Anatomia Patológica |  |  | Da Instituição / Externa à Instituição |
| Cirurgia Geral |  |  | Da Instituição / Externa à Instituição |
| Cirurgia Torácica |  |  | Da Instituição / Externa à Instituição |
| Ginecologia |  |  | Da Instituição / Externa à Instituição |
| Medicina Nuclear |  |  | Da Instituição / Externa à Instituição |
| Neurocirurgia |  |  | Da Instituição / Externa à Instituição |
| Ortopedia |  |  | Da Instituição / Externa à Instituição |
| Otorrinolaringologia |  |  | Da Instituição / Externa à Instituição |
| Radioncologia |  |  | Da Instituição / Externa à Instituição |
| Urologia |  |  | Da Instituição / Externa à Instituição |
| **Assistência Médica Não Programada a Doentes Oncológico** | | | |
| Assegurada pelo Serviço |  |  | Período Temporal |
| Assegurado por Outros Serviços |  |  | Período Temporal |
| **Acesso ao conhecimento** | | | |
| Biblioteca Institucional |  |  |  |
| Repositórios científicos eletrónicos |  |  |  |

# Caracterização Sumária da Atividade Científica

## Atividade Científica promovida pelo Serviço e registada no RNEC

Neste item devem ser identificados os projetos de investigação que estiveram ativos no ano em análise ou que foram publicados no ano em análise. Considerar apenas os projetos que foram registados no Registo Nacional de Estudos Clínicos (RNEC).

Define-se como projeto promovido pelo Serviço, quando o investigador principal do estudo integra o corpo clínico do Serviço e o promotor do estudo é a Instituição onde o Serviço de insere, o próprio Serviço, ou o investigador principal.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Identificação** | **Início**  **(AAAA)** | **Fim**  **(AAAA)** | **Investigador Principal** | **Publicação**  **(S/N)** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

## Atividade Científica promovida por Agentes Externos, registada no RNEC ou em Registos Internacionais

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Tipo** | **Número** | **Comentário** |
| Ensaios Clínicos |  |  |
| Estudos Observacionais |  |  |
| Outros |  |  |

## Publicações em Revistas Indexadas na Pubmed®

|  |  |
| --- | --- |
| **Referência** | **Primeiro Autor** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

## Participação em Reuniões Científicas

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Tipo de Participação** | **Sim** | **Não** | **Comentários** |
| Palestrante |  |  |  |
| Comunicação Oral |  |  |  |
| Poster |  |  |  |

# Responsabilidade pela Informação

|  |
| --- |
| A informação acima referenciada é válida e contemporânea à data de \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_.  **Diretor de Serviço: .** |

|  |
| --- |
| Tomei conhecimento e nada tenho a opor à informação acima transcrita.  **Diretor de Internato: ; em \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_.** |