**Colégio de Radiologia**

**Inquérito de idoneidade e capacidade formativa**

Assinale com (x) ou preencha as quadrículas, quando for caso disso. Escreva com letras maiúsculas.

Se necessitar, acrescente páginas referenciando os números, deste documento, a que se reportam.

Hospital \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Depto./Serviço \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1 – Existência de idoneidade já atribuída pela Ordem dos Médicos | Sim  | Não |
| 2 – Idoneidade Formativa já existente | Total | Parcial |
| 3 – Protocolos de colaboração com outra instituição (obrigatório comprovativo) | Sim | Não |

Se existente, descrimine os estágios, local e duração.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Estágio** | **Local** | **Duração** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

4 – A Instituição tem no seu quadro especialistas de:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Sim | Não |  | Sim | Não |
| Medicina Interna |  |  | Cirurgia |  |  |
| Gastrenterologia |  |  | Ortopedia |  |  |
| Cardiologia |  |  | Urologia |  |  |
| Pneumologia |  |  | ORL |  |  |
| Nefrologia |  |  | Obst./Ginec. |  |  |
| Pediatria |  |  | Fisiatria |  |  |
| Neurologia |  |  | Estomatologia |  |  |
| Oftalmologia |  |  | Cirurgia pediátrica |  |  |
| Cirurgia maxilo-facial |  |  | Anatomia Patológica |  |  |

5 – O Director do Serviço

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Está inscrito no Colégio de Radiologia | Sim  | Não  |

Qual o seu\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Recursos Humanos

6 – Quadro médico (enviar em anexo quadro nominal com anos de inscrição no Colégio de Radiologia, categoria profissional, tipo de contrato, carga horária semanal, turnos de trabalho semanal; indicando o responsável por cada área de diferenciação do CV de formação - **anexo1**)

N.º de Assistentes Hospitalares, Assistentes Graduados e Assistentes Graduados Séniores

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| - Tempo completo (pelo menos 35h semanais) | Sim  | Não  |
| - Tempo parcial – Horas/Sem | Sim  | Não  |

N.º de outros radiologistas (grau especialista vs com grau de consultor)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| - Tempo completo (pelo menos 35h semanais) | Sim  | Não  |
| - Tempo parcial – Horas/Sem | Sim  | Não  |

N.º de médicos do internato (no 4º e 5º ano referenciar as áreas de diferenciação e se as mesmas são realizadas na instituição de base ou noutra. Se outra identificar qual)

1º ano 2º ano 3º ano

4º ano 5º ano

7 – N.º médio anual de internos de Radiologia de outros Hospitais

|  |  |
| --- | --- |
| **Valências** | **Tempo** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

N.º médio anual de internos de outras especialidades

|  |  |
| --- | --- |
| **Valências** | **Tempo** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

**Equipamentos e Instalações**

8 – Equipamentos **\***

|  |  |
| --- | --- |
|  | Número |
| Radiologia Convencional |  |
| TC |  |
| RM |  |
| Mamografia |  |
| Ecografia |  |
| Densitometria |  |
| Eq. Angiografia |  |
| PACS |  |

\* É obrigatório anexar mapa detalhado dos equipamentos incluindo ano de fabrico na primeira vez q se preenche o inquérito e depois sempre que houver alterações – **Anexo 2**

9 – Instalações

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Sim | Não |
| ala de reuniões |  |  |
| Acesso à internet |  |  |
| Revistas “online” |  |  |
| Biblioteca |  |  |
| Livros da Especialidade |  |  |
| Publicações Radiológicas |  |  |

**Actividade Científica**

10 – Reuniões de seviço \*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Semanais  | Quinzenais  | Não tem  |

Tipo de reuniões:

|  |  |
| --- | --- |
| **Tipo** | **Periocidade** |
| Bibliográfica |  |
| Casos Clínicos |  |
| Temática |  |
| Outros (diga quais) |  |
|  |  |
|  |  |

\* Devem existir actas das Reuniões realizadas

Número de trabalhos publicados no ano transacto lista (**anexo 3**)

Número de comunicações orais, fora do serviço, no ano transacto

Outras actividades: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 11 – Tem escala de serviço de urgência? | Sim  | Não  | Horário semanal |
| Presença física | Sim  | Não  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Regime de prevenção/chamada | Sim  | Não  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Telerradiologia | Sim  | Não  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

Obs.: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

12 – Número de actos imagiológicos - (ano transacto)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Radiologia convencional torácica |  |  |
|  | Radiologia convencional osteo-articular |  |  |
|  | Radiologia convencional contrastada |  |  |
|  | Mamografia |  |  |
|  | Ecografia |  |  |
|  | TC corpo e TC neuro |  |  |
|  | RM corpo e RM neuro |  |  |
|  | Intervenção vascular |  |  |
|  | Intervenção não vascular |  |  |

Sugere-se ainda colocar em anexo a lista de exames de acordo com as áreas discriminadas no novo currículo (**anexo 4**)

13 – Descreva o plano de formação (e local de formação no caso de Centros Hospitalares), para cada capacidade formativa pedida (**ANEXO 5**)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| O serviço dispõe de “Guia do Interno”? | Sim  |  Não  |

A Instituição reúne os requisitos para formação em Radiologia Diferenciada - Nível II (tem de assegurar pelo menos o mesmo número de vagas de nível II do que as disponíveis para nível I)

|  |  |
| --- | --- |
| Sim  |  Nº de Vagas  |

Instituição (se diferente)

(incluir acordo escrito em anexo)

14 – Capacidade formativa pretendida

Número de internos que pretende para o próximo ano

Justificação da capacidade formativa pedida (obrigatório) e outras observações:

15 – Responsabilidade da informação prestada

O Director do Serviço:

Nome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Categoria \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Assinatura Data \_\_\_/ \_/ \_\_

O Director do Internato Médico:

Nome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Assinatura Data \_\_\_/ \_/ \_\_