**Colégio de Nefrologia**

**Inquérito para atribuição de idoneidade formativa**

**Hospital** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Ano de avaliação |  |  |
| Ano a que respeitam os dados |  |  |
| Data de preenchimento |  | \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  |  | DD / MM /AAAA |

**1.Caraterização do Serviço**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Ano de início atividade** | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |  |
|  |  | sim | não |
| **Estatuto institucional** |  |  |  |
|  | Serviço |  |  |
|  | Unidade |  |  |
| Integração em Departamento de Medicina |  |  |  |
| Autonomia administrativa |  |  |  |
| **Tipo de Instituição** |  |  |  |
| Hospital Público |  |  |  |
|  | Central Universitário |  |  |
|  | Central |  |  |
|  | Distrital |  |  |
| Hospital Privado |  |  |  |
|  |  |  |  |
| Idoneidade pela Ordem dos Médicos | Total |  |  |
|  | Parcial |  |  |
|  | Não |  |  |
| **Autonomia em valências obrigatórias** |  |  |  |
| 1. Nefrologia clínica |  |  |  |
| 1. Hemodiálise crónica |  |  |  |
| 1. Hemodiálise aguda |  |  |  |
| 1. Diálise peritoneal crónica |  |  |  |
| 1. Transplantação renal |  |  |  |
| 1. Acessos vasculares |  |  |  |
| Construção de acessos |  |  |  |
| Intervenção endovascular |  |  |  |
| 1. Histopatologia renal |  |  |  |
|  |  |  |  |
| **Hospitais/ Serviços de Nefrologia de articulação** | Estágio | Tempo (meses) |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**2.Estrutura**

**a) Pessoas**

Diretor

Nome clínico \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Grau \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Médicos

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Número |  |  |  |  |  |
| **Ligação permanente à instituição** |  |  |  |  |  |  |
| Assistentes graduados sénior |  |  |  |  |  |  |
| Assistentes graduados ou equiparados |  |  |  |  |  |  |
| Assistentes hospitalares |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| **Assistentes eventuais** |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| **Membros do Colégio de Nefrologia** |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| **Orientadores de formação** |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  | Ano | 1º | 2º | 3º | 4º | 5º |
|  | Número |  |  |  |  |  |
| **Internos do Serviço ou Unidade** |  |  |  |  |  |  |
| **Internos estagiários** |  |  |  |  |  |  |
| Instituição |  |  |  |  |  |  |
| Outras instituições |  |  |  |  |  |  |
| Internos nefrologia |  |  |  |  |  |  |
| Outras especialidades |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

*Prencher Anexo A e B*

**Enfermeiros**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Número |  |
| Total |  |  |
| Internamento |  |  |
| Hemodiálise |  |  |
| Diálise peritoneal |  |  |

**Técnicos**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Número |  |
| Nutrição |  |  |
| Assistência social |  |  |
| Psicologia |  |  |
| Técnicos auxiliares de diálise |  |  |
| Outros |  |  |

**Administrativos**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Número |  |
| Total |  |  |

b) Instalações e equipamento

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Internamento do Hospital** |  |  |
| Número total de camas |  |  |
| Número de camas em unidades de cuidados intensivos |  |  |
|  |  |  |
| **Internamento do Serviço/ Unidade Nefrologia** |  |  |
| Espaço próprio | sim | não |
| Internamento próprio | sim | não |
|  |  |  |
| **Internamento de Nefrologia** |  |  |
| Número de camas exclusivas da especialidade |  |  |
| Número de camas integradas noutros Serviços (Medicina ou outro) |  |  |
| Unidade isolamento |  |  |
|  |  |  |
|  | sim | não |
| **Unidade de Hemodiálise** |  |  |
| Programa de hemodiálise crónica para ambulatório |  |  |
| Programa unicamente para hemodiálise hospitalar |  |  |
| Programa de hemodiálise noturna |  |  |
| Programa de hemodiálise domiciliar |  |  |
|  |  |  |
| Número total de postos de hemodiálise |  |  |
| Número total de monitores de hemodiálise |  |  |
|  | sim | não |
| Unidade isolada para doentes com hepatite B |  |  |
| Número de monitores de hemodiálise para doentes com hepatite B |  |  |
| Número de monitores de hemodiálise para doentes com hepatite C |  |  |
| Número de monitores de hemodiálise para doentes seropositivos para HIV |  |  |
| Sala de isolamento |  |  |
|  |  |  |
| **Aplicação de outras técnicas de depuração extracorporal** | sim | não |
|  |  |  |
| Técnicas dialíticas contínuas |  |  |
| Efetuada no Serviço/Unidade |  |  |
| Efetuada noutro Serviço |  |  |
|  |  |  |
| Técnicas dialíticas híbridas |  |  |
| Efetuada no Serviço/Unidade |  |  |
| Efetuada noutro Serviço |  |  |
|  |  |  |
| Plasmaferese |  |  |
| Efetuada no Serviço/Unidade |  |  |
| Efetuada noutro Serviço |  |  |
|  |  |  |
| Imunoadsorção |  |  |
| Efetuada no Serviço/Unidade |  |  |
| Efetuada noutro Serviço |  |  |
| Especificar aplicação |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  | sim | não |
| **Unidade de Diálise Peritoneal** |  |  |
|  |  |  |
| Programa de diálise peritoneal |  |  |
| Programa com diálise peritoneal manual |  |  |
|  |  |  |
| Programa com diálise peritoneal automatizada |  |  |
| Sala específica de consulta |  |  |
| Sala específica de ensino e treino |  |  |
| Colocação de cateteres de diálise peritoneal |  |  |
| Nefrologista |  |  |
| Cirurgião |  |  |
| Internamento |  |  |
| No Serviço/Unidade |  |  |
| Noutro Serviço |  |  |
| Número de máquinas cicladoras no Serviço/Unidade |  |  |
|  |  |  |
| **Unidade de Transplantação renal** | sim | não |
| Integrada no Serviço/Unidade |  |  |
| Integrada noutro Departamento/Serviço/Unidade |  |  |
| Especificar |  |  |
| Número de camas atribuídas |  |  |
|  | sim | não |
| Transplantação renal |  |  |
| Programa de dador cadáver |  |  |
| Programa de dador vivo |  |  |
| Programa de recetor pediátrico |  |  |
| Transplantação renal associada a outros órgãos sólidos |  |  |
| Especificar |  |  |
|  | sim | não |
| **Consulta Externa** |  |  |
| Espaço próprio com equipamento clínico |  |  |
| Privacidade |  |  |
| Tipo de consulta |  |  |
| Nefrologia |  |  |
| Esclarecimento do doente renal crónico |  |  |
| Hemodiálise |  |  |
| Diálise peritoneal |  |  |
| Pré-transplantação renal |  |  |
| Transplantação renal |  |  |
| Outras - especificar |  |  |
|  |  |  |
|  | sim | não |
| **Hospital de dia** |  |  |
| Camas/postos exclusivos |  |  |
| Cama/postos partilhados |  |  |
|  |  |  |
| **Urgência** | sim | não |
| Hospital com Serviço de Urgência |  |  |
| Hospital com Urgência de Nefrologia |  |  |
| Participação do Serviço/Unidade em Urgência doutro hospital |  |  |
| Urgência de Nefrologia |  |  |
| Todos os dias? |  |  |
| Número de horas |  |  |
| Regime |  |  |
| Presença física |  |  |
| Prevenção |  |  |
|  |  |  |
| **Sala de intervenção no Serviço/Unidade** | sim | não |
| Tipo de intervenções |  |  |
|  |  |  |
| **Biópsia renal percutânea** | sim | não |
| Serviço/Unidade autónomo |  |  |
| Articulação com Radiologia Intervenção do hospital |  |  |
| Articulação com outro hospital |  |  |
| Especificar |  |  |
|  |  |  |
|  | sim | não |
| **Acessos vasculares para hemodiálise** |  |  |
| Cateteres não tunelizados |  |  |
| Cateteres tunelizados |  |  |
| Ecografia vascular com Doppler |  |  |
| Hospital |  |  |
| Em articulação |  |  |
| Construção de fístula arterio-venosa | sim | não |
| Hospital |  |  |
| Em articulação |  |  |
| Construção de prótese | sim | não |
| Hospital |  |  |
| Em articulação |  |  |
| Angiografia de intervenção | sim | não |
| Hospital |  |  |
| Em articulação |  |  |
| especificar |  |  |
| **Anatomopatologia renal** | sim | não |
| Autonomia |  |  |
| No serviço/Unidade |  |  |
| No hospital |  |  |
| Em articulação |  |  |
| Especificar hospital |  |  |
| Microscópio no Serviço/Unidade |  |  |
| Microscopia ótica |  |  |
| Microscopia de imunofluorescência |  |  |
| Microscopia eletrónica |  |  |
| Alguma técnica em articulação? |  |  |
| Especificar |  |  |
|  |  |  |
| **Imagiologia** | sim | não |
| Ecografia no Serviço/Unidade |  |  |
| No hospital |  |  |
| Em articulação |  |  |
| Ecografia vascular com Doppler |  |  |
| No Serviço/Unidade |  |  |
| Hospital |  |  |
| Em articulação |  |  |
| Tomografia axial computorizada |  |  |
| No hospital |  |  |
| Em articulação |  |  |
| Ressonância magnética nuclear |  |  |
| Hospital |  |  |
| Em articulação |  |  |
|  | sim | não |
| Medicina nuclear |  |  |
| Angiografia |  |  |
| Hospital |  |  |
| Em articulação |  |  |
| Radiologia de intervenção |  |  |
| Hospital |  |  |
| Em articulação |  |  |
|  |  |  |
| **Nefrologia pediátrica no hospital** |  |  |
| Programa de hemodiálise pediátrica |  |  |
| Programa de diálise peritoneal pediátrica |  |  |
| Consulta externa |  |  |
|  |  |  |
| **Gabinetes de trabalho e estudo** |  |  |
| Postos de trabalho médico |  |  |
| Gabinetes individuais |  |  |
| Espaço partilhado |  |  |
| Espaço aberto |  |  |
| Sala para internos |  |  |
|  |  |  |

c) Equipamento educativo e biblioteca

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Biblioteca |  |  |
| No Serviço/Unidade |  |  |
| Central |  |  |
| Sala de reuniões com tecnologia educativa? |  |  |
| Acesso fácil à Internet e bibliotecas virtuais? |  |  |
| Existe acesso a fontes de informação interna e externa ? |  |  |

d) Sistemas de informação

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Processo clínico organizado? |  |  |
| Informatizado? |  |  |
| Acesso ao processo fácil? |  |  |
| Registo electrónico adequado à clínica? |  |  |
| Sistema de prescrição terapêutica informatizado? |  |  |
| Postos informáticos de trabalho médico suficientes? |  |  |

**3. Atividades regulares de formação contínua ou permanente**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | sim | não |
| Programa de formação estruturado? |  |  |
| Avaliação anual de internos concluída? |  |  |
| **Reuniões clínicas** |  |  |
| Serviço |  |  |
| Departamento |  |  |
| Periodicidade |  |  |
| Semanal / Quinzenal / Mensal (assinalar com roda) |  |  |
| Tipo de reuniões |  |  |
| Discussão de casos clínicos |  |  |
| Apresentação temas teóricos |  |  |
| Anatomo-clínicas |  |  |
| Clube de leitura |  |  |
| Outras |  |  |
|  |  |  |

**4. Resultados assistenciais**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ***Os números solicitados correspondem a 31/12*** |  |  |  |
| Número de doentes saídos do internamento |  |  |  |
| Taxa de reinternamentos |  |  |  |
| Demora média no internamento |  | dias |  |
| Taxa de ocupação do Serviço/Unidade |  |  |  |
|  |  |  |  |
| Número anual de doentes em hemodiálise/hemodiafiltração crónica na unidade |  |  |  |
| Número total de doentes tratados na unidade hemodiálise |  |  |  |
| Número total de sessões de hemodiálise/hemodiafiltração na unidade |  |  |  |
|  |  |  |  |
| Número de doentes colocados em diálise iterativa pelo Serviço/Unidade |  |  |  |
| Número de cateteres não tunelizados colocados |  |  |  |
| Número de cateteres tunelizados colocados |  |  |  |
|  |  |  |  |
| Número total de doentes em DP |  |  |  |
| Número de doentes em DPCA |  |  |  |
| Número total de doentes admitidos no programa |  |  |  |
| Número de cateteres peritoneais colocados |  |  |  |
| Número de consultas de diálise peritoneal |  |  |  |
|  |  |  |  |
| Número de doentes que iniciaram tratamento conservador |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| Número de doentes transplantados renais no ano em estudo |  |  |  |
| Número de transplantes renais no ano em estudo |  |  |  |
| Recetores de dador cadáver |  |  |  |
| Recetores de dador vivo |  |  |  |
| Recetores em idade pediátrica |  |  |  |
| Com outros órgãos |  |  |  |
| Especificar |  |  |  |
|  |  |  |  |
| Número total de doentes transplantados na unidade |  |  |  |
| Número de doentes transplantados seguidos na unidade |  |  |  |
|  |  |  |  |
| Número de biópsias de rim nativo |  |  |  |
| Número de biópsias de enxerto renal |  |  |  |
|  |  |  |  |
| Número de 1ªs consultas Nefrologia |  |  |  |
| Número de 2ªs consultas Nefrologia |  |  |  |
| Número de consultas depós- transplante |  |  |  |
| Número de consultas de pré-transplante |  |  |  |
| Número de outras consultas subespecializadas |  |  |  |
| Especificar |  |  |  |
|  |  |  |  |
| Urgência geral do hospital |  |  |  |
| Total de episódios no ano |  |  |  |
| (se o hospital aonde pertence o Serviço/Unidade não tem urgência geral, referir o nº de episódios aonde o interno faz urgência) |  |  |  |
|  |  |  |  |

**5. Atividade científica e pedagógica**

**a) Publicação de artigos** – últimos 3 anos

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Número total** |  |  |  |
|  |  |  |  |
| Especificar o número em |  |  |  |
| Revista indexada |  |  |  |
| Revista não indexada |  |  |  |
| Revistas internacionais |  |  |  |
| Revistas nacionais |  |  |  |
| Título - listar até 5 | 1º autor | Revista | Ano |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**b) Apresentação de trabalhos**  – últimos 3 anos

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Número total** |  |  |
|  |  |  |
| Número |  |  |
| Comunicações orais |  |  |
| *Posters* |  |  |
| Em reuniões internacionais |  |  |
| Em reuniões nacionais |  |  |
| Título - listar até 5 |  |  |
|  | Reunião | Ano |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**c) Projetos de investigação**  – últimos 3 anos

|  |
| --- |
| **Número total** |
|  |
| Título - listar até 3 |
|  |
|  |
|  |

**d) Organizações de reuniões científicas**– últimos 3 anos

|  |
| --- |
| **Número total** |
|  |
| Título **- listar até 3** |
|  |
|  |
|  |

**e) Prémios**  – últimos 3 anos

|  |
| --- |
| **Número total** |
|  |
| Título - **listar até 3** |
|  |
|  |
|  |

**f) Ensaios clínicos**– últimos 3 anos

|  |
| --- |
| **Título - listar até 3** |
|  |
|  |
|  |

**g) Ensino e pós-graduação** – últimos 3 anos

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Participação em cursos de licenciatura ou mestrado integrado | sim | não |
| Especificar curso |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| Profissionais médicos com doutoramento (3º ciclo) | sim | não |
| Número |  |  |
| Especialistas |  |  |
| Internos |  |  |
| Confere ciclo estudos especiais | sim | não |
| Especificar |  |  |

**6. O inquérito foi aplicado como (assinalar)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Avaliação inicial |  |  |
| Monitorização |  |  |
| Recertificação periódica |  |  |
| Reavaliação (alargamento de idoneidade parcial) |  |  |

**7. Capacidade formativa**

|  |  |
| --- | --- |
| Número de vagas disponíveis para o internato face à capacidade formativa |  |
| Número de vagas solicitadas |  |

**8. Responsabilidade do preenchimento do formulário**

Diretor de Serviço

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

Assinatura \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |
| --- |
| Cédula profissional |
| Contacto telefónico |
| Endereço |
| Correio eletrónico |
| Local |
| Data |

Responsáveis do Conselho Directivo do Colégio da Especialidade de Nefrologia

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

Assinatura \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |
| --- |
| Data |

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

Assinatura \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |
| --- |
| Data |

Deliberação do Colégio de Nefrologia

***Anexo A***

**Médicos especialistas de nefrologia**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nome clínico** | Cédula | Grau | Carga horária | Nº de internos que é orientador de formação |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Grau | Carga horária horas |
| 1. Assistentes graduados sénior | a) ≥ 40 |
| 1. Assistentes graduados ou equiparado | b) 35 |
| 1. Assistentes hospitalares | c) < 35 |
| 1. Assistentes eventuais |  |

***Anexo B***

**Médicos internos de nefrologia**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nome clínico** | Cédula | Data de início do internato |
|  |  | \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  |  | \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  |  | \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  |  | \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  |  | \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  |  | \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  |  | \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  |  | \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  |  | \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  |  | \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  |  | \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  |  | \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  |  | \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  |  | \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  |  | \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  |  | \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  |  | \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  |  |  |