Colégio de Oftalmologia

**Inquérito de Caracterização do Serviço/Departamento para atribuição de Capacidade Formativa**

As respostas a este inquérito devem ser preenchidas pelo responsável máximo do Serviço. Assinale com (X) ou preencha a(s) quadrícula(s) e escreva em letra legível.

 HOSPITAL:

 SERVIÇO/DEPARTAMENTO:

**INFORMAÇÃO DADOS DE ANÁLISE RELATIVOS AO ANO:**

**Anterior situação de idoneidade do Serviço atribuída pela Ordem dos Médicos:** SERVIÇO/ DEPARTAMENTO ☐ Total ☐ Parcial: .......... meses ☐ NÃO Data da última Vistoria pela OM /\_ /

**SITUAÇÃO ATUAL**

**A- QUADRO MÉDICO**

O quadro médico deve incluir pelo menos oito médicos inscritos no colégio da especialidade de Oftalmologia como garantia de estabilidade e capacidade formativa.

O total de Internos de formação específica em Oftalmologia, não pode exceder um número superior a metade do número total de especialistas do serviço. Para o cálculo deste número não conta o Diretor de Serviço.

Aprovado pelo Conselho Nacional em 17.12.2016

**A . 1 . Q U A D R O MÉDICO**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Total | <28 H | 28 H | 35 H | >35 H |
| Número de Assistentes Graduados Sénior |  |  |  |  |  |
| Número de Assistentes Graduados |  |  |  |  |  |
| Número de Assistentes Hospitalares |  |  |  |  |  |
| Nº de potenciais orientadores de formação |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 1º Ano | 2º Ano | 3º Ano | 4º Ano | TOTAL |
| Número de Médicos em Formação Específica |  |  |  |  |  |
|  |
| Número de internos que vão fazer exame no ano em análise: |  |
| Número total de internos que ficam no Serviço no ano em análise: |  |
|  |
| **Número de internos pretendidos para o ano em análise:** |  |

Número médio de internos de outros serviços/instituições a estagiar no departamento/serviço:

* da mesma especialidade ............
* de outras especialidades .............

O número de médicos existentes em cada serviço, que potencialmente possam ser orientadores de formação, é um dos parâmetros mais importantes no cálculo da **CAPACIDADE FORMATIVA TOTAL** desse Serviço.

Contam para esse efeito, os médicos especialistas com mais de 3 anos de exercício como especialistas, que tenham relação de trabalho estável com a instituição, e com um horário semanal igual ou superior a 28 horas.

**O número de médicos especialistas, calculado de acordo com o estabelecido no parágrafo anterior, será para efeitos de cálculo dividido por 5. O número assim obtido será considerado para efeitos de cálculo da CF Total do Serviço, com uma ponderação de 40%.**

**(NB: este é um dos 3 critérios Major para o cálculo da CFT)**

**ORIENTADORES DE FORMAÇÃO EM EXERCÍCIO**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| MÉDICOS ORIENTADORES | IFE 1ºA | IFE 2ºA | IFE 3ºA | IFE 4ºA | TOTAL |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

**OUTROS MEDICOS ELEGÍVEIS PARA ORIENTADORES DE FORMAÇÃO**

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

Cada orientador de formação não pode ter mais de 3 médicos internos de formação específica sob sua orientação.

Cada orientador de formação não deve ter mais que um médico interno de formação específica de cada ano sob sua orientação.

Cada orientador deve preferencialmente ter apenas um médico interno de formação específica sob sua orientação.

Para efeito de cálculo da CFT, **serão penalizados os serviços**, quando:

* Existirem um ou mais tutores com mais que um orientando no mesmo ano de formação (- 0,5)
* Existirem um ou mais tutores com mais que um orientando em anos diferentes de formação (- 0.1)
	1. - **Q U A D R O DE ENFERMAGEM**

|  |  |
| --- | --- |
| Número de Enfermeiros na Consulta Geral |  |
| Número de Enfermeiros nas consultas de Sub-especialidade/gabinetes técnicos |  |
| Número de Enfermeiros no Bloco Operatório |  |
| Número de Enfermeiros no Internamento |  |

* 1. **- QUADRO DE TÉCNICOS DE ORTOPTICA**

Total de Ortoptistas no Serviço

* 1. **- QUADRO DE PESSOAL DE APOIO**

Total de elementos no secretariado no serviço

**B – DOCUMENTAÇÃO/ORGANIZAÇÃO**

* 1. **ARQUIVO CLÍNICO** ------------------------------------ central (do Hospital) ☐ do Serviço ☐

O arquivo clínico está informatizado? ------------------------------------------ SIM ☐ NÃO ☐

* 1. **A existência de uma “Biblioteca de Consulta” no serviço ou, preferencialmente, acesso a um instrumento informático (p.e. Up to Date) é essencial para a formação médica.**
		+ BIBLIOTECA SIM ☐ NÃO ☐

Se sim, a biblioteca é ………………………… central (do Hospital) ☐ própria do Serviço ☐

Dispõe de livros básicos actualizados e específicos da especialidade? SIM ☐ NÃO ☐

**Publicações periódicas da especialidade?** SIM ☐ NÃO ☐

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

* 1. **É possível o acesso a BASES DE DADOS INFORMATIZADAS?** SIM ☐ ----------- NÃO ☐
	2. **Existe possibilidade de conexão à INTERNET?** SIM ☐ ----------- NÃO ☐

**B.5. CONTROLE DE QUALIDADE** SIM ☐ ----------- NÃO ☐

Auditoria interna SIM ☐ ----------- NÃO ☐ ; Periodicidade

Auditoria externa SIM ☐ ----------- NÃO ☐ ; Periodicidade

**C - ACTIVIDADE CIENTÍFICA e PEDAGÓGICA**

* 1. **Programa de formação e actualização médica pós-graduada:** SIM ☐ NÃO ☐
	2. **Realizam-se sessões clínicas no serviço?** SIM ☐ NÃO ☐
		+ Frequência das sessões clínicas: / semana
1. **3. Número de comunicações e posters no ano transacto**   
	1. **Número de publicações, no ano transacto**   
	2. **Actividade de ensino pré-graduado**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | SIM | NÃO |
| Curso de Medicina |  |  |
| Enfermagem |  |  |
| Ortóptica |  |  |
| Outros |  |  |

* 1. **Projectos de investigação científica** SIM ☐ NÃO ☐

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |

* 1. **Parcerias com serviços/instituições estrangeiras** SIM ☐ NÃO ☐

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |

* 1. **Participação em ensaios clínicos** SIM ☐ NÃO ☐

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |

|  |
| --- |
|  |
|  |

* 1. **Participação em estudos multicêntricos** SIM ☐ NÃO ☐

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **C.10. Participação em formação aos Cuidados de Saúde Primários** | SIM ☐ | NÃO ☐ |
| **C.11. Participação em formação pré-graduada** | SIM ☐ | NÃO ☐ |

As sessões científicas deverão ser no mínimo **Bissemanais**, privilegiando a apresentação de casos clínicos, a revisão de casuísticas ou a abordagem de temas que tenham relevância na formação do interno ou na tarefa assistencial do serviço e/ou instituição. Os serviços com menos de 2 reuniões clinicas semanais, sofrem uma **penalização de - 0,2**, para efeito de cálculo de CFT.

É muito importante que um serviço com idoneidade tenha atividade científica regular:

* o serviço deve ter pelo menos 30 apresentações/posters por ano
* o serviço deve ter pelo menos 5 publicações por ano
* o serviço deve ter pelo menos 3 projectos de investigação ou estudos multicêntricos em curso.

Os serviços que não apresentarem a actividade mínima estabelecida nos 3 parágrafos anteriores sofrem uma **penalização de 0,2 por cada item**, no cálculo da CFT.

* 1. Outras actividade:

..............................................................................................................................................................

..............................................................................................................................................................

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

* 1. **AVALIAÇÃO CONTÍNUA DOS INTERNOS**
		+ No ano transato foi realizada avaliação de todos os médicos internos de formação específica?

SIM ☐

NÃO ☐

* + - Se sim, qual o método utilizado: Prova escrita ☐

Prova oral ☐

1. **ORGANIZAÇÃO DO SERVIÇO**
	1. **CONSULTAS ESPECIFICAS OBRIGATÓRIAS**

|  |  |
| --- | --- |
| **CONSULTAS/GABINETES DIFRENCIADOS** | **MÉDICO RESPONSÁVEL** |
|  |  |
| 1. Contactologia |  |
| 2. Estrabismo (e Oftalmologia Pediátrica) |  |
| 3. Glaucoma |  |
| 4. Córnea e Cirurgia Implanto- Refractiva |  |
| 5. Retina Médica |  |
| 6. Retina Cirúrgica |  |
| 7. Neuroftalmologia |  |
|  |  |

**CONSULTAS ESPECIFICAS FACULTATIVAS**

|  |  |
| --- | --- |
| Imunopatologia (inflamação ocular) |  |
| Oculoplástica |  |
| Vias lacrimais |  |
| Baixa Visão / ergoftalmologia |  |
| Genética |  |
| Oncologia |  |
| **Outras** |  |

* 1. **INTERNAMENTO**

**Internamento próprio** SIM ☐ NÃO ☐

|  |  |
| --- | --- |
| Número de camas exclusivas de oftalmologia |  |
|  |

* 1. **SERVIÇO DE URGÊNCIA**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 5 dias/semana | 7 dias/semana | 12 Horas/ dia | 24 Horas/ dia |
| Presença física |  |  |  |  |

(assinalar com cruzes as combinações correctas: Numero de dias e de horas)

* + - Divide as noites com outro Hospital Metropolitano? SIM ☐ NÃO ☐
1. **ACTIVIDADE ASSISTENCIAL – consultas**
	1. **CONSULTAS**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **ANO** | **TOTAL** |
| Numero total de primeiras consultas na **CONSULTA GERAL** |  |  |
| Numero total de segundas consultas na **CONSULTA GERAL** |  |  |
| Numero total de **CONSULTAS DE SUB-ESPECIALIDADE** |  |  |
| Numero total de consultas realizadas |  |  |

* 1. **INTERNAMENTO**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Número de internamentos com exclusão do serviço de urgência |  |  |
| Número de internamentos pela urgência |  |  |
|  |
| Demora média dos internamentos |  |  |
| Taxa de ocupação do internamento |  |  |

* 1. **ACTIVIDADE CIRURGICA GLOBAL**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **ANO** | **TOTAL** |
| Grandes cirurgias em regime de ambulatório |  |  |
| Grandes cirurgias em regime de internamento |  |  |
| Pequenas cirurgias |  |  |
| Injecções intra-vitreas |  |  |
| Numero total de cirurgias sem I.V. |  |  |

* 1. **SERVIÇO DE URGÊNCIA**

|  |  |
| --- | --- |
| Número anual de urgências |  |
| Media diária de urgências |  |

**A ausência de serviço de urgência especifico de Oftalmologia, e/ou o não cumprimento de 12 horas semanais em presença física implica a perda de idoneidade do Serviço.**

1. **CONSULTAS ESPECIÍFICAS**

(Estágios obrigatórios: Portaria nº 550/2004 de 21 de Maio 2004)

**São estágios obrigatórios:**

* Contactologia (3 meses)
* Estrabismo (6 meses)
* Glaucoma (6 meses)
* Córnea e Cirurgia Implanto-Refractiva (6 meses)
* Retina Médica (8 meses)
* Retina Cirúrgica (6 meses)
* Neuroftalmologia (3 meses)

**Casos especiais:**

* Oncologia Oftalmológica
* Inflamação Ocular
* Sub-Visão e Ergoftalmologia

Estes estágios, considerados opcionais na portaria 550/2004, tornam-se obrigatórios por força do determinado no regimento do Colégio, Art.º 30, nº 3.

A **idoneidade total** de um serviço, implica uma organização estrutural do Serviço, que inclua a existência de todas as consultas de sub-especialidade consideradas obrigatórias, de acordo com a portaria 550/2004.

As consultas de sub-especialidade devem ser realizadas/orientadas por médicos diferenciados nas respectivas áreas, de forma a possibilitarem estágios qualificados aos médicos em formação.

Sempre que na organização de um serviço, o mesmo médico seja responsável por mais que uma consulta de sub-especialidade, terá lugar uma penalização de - 0,5 no cálculo da CFT do serviço.

A portaria 550/12004, que regulamenta a frequências dos estágios obrigatórios, determina que durante os períodos de estágio em cada uma das áreas específicas, o médico interno frequente, pelo menos um dia por semana a respetiva consulta.

Contudo, atendendo ao aumento de conhecimento, e ao enorme desenvolvimento técnico que ocorreu nas várias áreas da Oftalmologia na última década, é entendimento deste colégio, que a frequência bissemanal dessas consultas, é fundamental para garantir uma formação sólida nas várias vertentes da especialidade.

Por essa razão sempre que a frequência semanal das consultas de sub-especialidade, pelos internos, for inferior a dois dias por semana, será atribuída uma penalização de 0,2 no cálculo da CFT do Serviço.

**F.1 CONSULTA GERAL**

**Número de Gabinetes de Consulta:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Nome** | **Nº períodos****consulta/semana** |
| **Médico responsável** |  |  |
| **Outros médicos da consulta** |  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |  |
| **Equipamento:** |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **ANO** | **TOTAL** |
| **Numero total de primeiras consultas** |  |  |
| **Numero total de segundas consultas** |  |  |
|  |  |  |
| **Total Consultas – Consulta Geral** |  |  |

* 1. **CONSULTA CONTACTOLOGIA Número de Gabinetes de Consulta:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Nome** | **Nº períodos****consulta/semana** |
| **Médico responsável** |  |  |
| **Outros médicos da consulta** |  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |  |
| **Equipamento:** |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **ANO** | **TOTAL** |
| **Numero total de primeiras consultas** |  |  |
| **Numero total de segundas consultas** |  |  |
|  |  |  |
| **Total Consultas CONTACTOLOGIA** |  |  |

* 1. **CONSULTA ESTRABISMO**

**Número de Gabinetes de Consulta:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Nome** | **Nº períodos****consulta/semana** |
| **Médico responsável** |  |  |
| **Outros médicos da consulta** |  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |  |
| **Equipamento:** |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **ANO** | **TOTAL** |
| **Numero total de primeiras consultas** |  |  |
| **Numero total de segundas consultas** |  |  |
|  |  |  |
| **Total Consultas ESTRABISMO** |  |  |

**F.4 CONSULTA DE OFTALMOLOGIA PEDIATRICA (não é obrigatória/pode estar associada à consulta de Estrabismo)**

**Número de Gabinetes de Consulta:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Nome** | **Nº períodos****consulta/semana** |
| **Médico responsável** |  |  |
| **Outros médicos da consulta** |  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |  |
| **Equipamento:** |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **ANO** | **TOTAL** |
| **Numero total de primeiras consultas** |  |  |
| **Numero total de segundas consultas** |  |  |
|  |  |  |
| **Total Consultas OFTALMOLOGIA PEDIÁTRICA** |  |  |

**F.5. CONSULTA DE GLAUCOMA**

**Número de Gabinetes de Consulta:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Nome** | **Nº períodos****consulta/semana** |
| **Médico responsável** |  |  |
| **Outros médicos da consulta** |  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |  |
| **Equipamento:** |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **ANO** | **TOTAL** |
| **Numero total de primeiras consultas** |  |  |
| **Numero total de segundas consultas** |  |  |
|  |  |  |
| **Total Consultas GLAUCOMA** |  |  |

**F.6 CONSULTA DE CÓRNEA**

**Número de Gabinetes de Consulta:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Nome** | **Nº períodos****consulta/semana** |
| **Médico responsável** |  |  |
| **Outros médicos da consulta** |  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |  |
| **Equipamento:** |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **ANO** | **TOTAL** |
| **Numero total de primeiras consultas** |  |  |
| **Numero total de segundas consultas** |  |  |
|  |  |  |
| **Total Consultas CORNEA** |  |  |

* 1. **CONSULTA CIRURGIA IMPLANTO-REFRACTIVA Número de Gabinetes de Consulta:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Nome** | **Nº períodos****consulta/semana** |
| **Médico responsável** |  |  |
| **Outros médicos da consulta** |  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |  |
| **Equipamento:** |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **ANO** | **TOTAL** |
| **Numero total de primeiras consultas** |  |  |
| **Numero total de segundas consultas** |  |  |
|  |  |  |
| **Total Consultas CIR** |  |  |

* 1. **CONSULTA DE RETINA MÉDICA Número de Gabinetes de Consulta:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Nome** | **Nº períodos****consulta/semana** |
| **Médico responsável** |  |  |
| **Outros médicos da consulta** |  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |  |
| **Equipamento:** |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **ANO** | **TOTAL** |
| **Numero total de primeiras consultas** |  |  |
| **Numero total de segundas consultas** |  |  |
|  |  |  |
| **Total Consultas RETINA MÉDICA** |  |  |

* 1. **CONSULTA DE RETINA CIRURGICA**

**Número de Gabinetes de Consulta:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Nome** | **Nº períodos****consulta/semana** |
| **Médico responsável** |  |  |
| **Outros médicos da consulta** |  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |  |
| **Equipamento:** |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **ANO** | **TOTAL** |
| **Numero total de primeiras consultas** |  |  |
| **Numero total de segundas consultas** |  |  |
|  |  |  |
| **Total Consultas RETINA CIRURGICA** |  |  |

* 1. **CONSULTA DE NEUROFTALMOLOGIA**

**Número de Gabinetes de Consulta:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Nome** | **Nº períodos****consulta/semana** |
| **Médico responsável** |  |  |
| **Outros médicos da consulta** |  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |  |
| **Equipamento:** |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **ANO** | **TOTAL** |
| **Numero total de primeiras consultas** |  |  |
| **Numero total de segundas consultas** |  |  |
|  |  |  |
| **Total Consultas NEUROFTALMOLOGIA** |  |  |

* 1. **CONSULTA DE IMUNOPATOLOGIA OCULAR (inflamação ocular)**

**Número de Gabinetes de Consulta:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Nome** | **Nº períodos****consulta/semana** |
| **Médico responsável** |  |  |
| **Outros médicos da consulta** |  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |  |
| **Equipamento:** |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **ANO** | **TOTAL** |
| **Numero total de primeiras consultas** |  |  |
| **Numero total de segundas consultas** |  |  |
|  |  |  |
| **Total Consultas IMUNOPATOLOGIA** |  |  |

* 1. **CONSULTA DE OCULOPLÁSTICA**

**Número de Gabinetes de Consulta:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Nome** | **Nº períodos****consulta/semana** |
| **Médico responsável** |  |  |
| **Outros médicos da consulta** |  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |  |
| **Equipamento:** |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **ANO** | **TOTAL** |
| **Numero total de primeiras consultas** |  |  |
| **Numero total de segundas consultas** |  |  |
|  |  |  |
| **Total Consultas OCULOPLÁSTICA** |  |  |

* 1. **CONSULTA DE VIAS LACRIMAIS**

**Número de Gabinetes de Consulta:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Nome** | **Nº períodos****consulta/semana** |
| **Médico responsável** |  |  |
| **Outros médicos da consulta** |  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |  |
| **Equipamento:** |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **ANO** | **TOTAL** |
| **Numero total de primeiras consultas** |  |  |
| **Numero total de segundas consultas** |  |  |
|  |  |  |
| **Total Consultas VIAS LACRIMAIS** |  |  |

* 1. **CONSULTA DE SUB-VISÃO/ ERGOFTALMOLOGIA**

**Número de Gabinetes de Consulta:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Nome** | **Nº períodos****consulta/semana** |
| **Médico responsável** |  |  |
| **Outros médicos da consulta** |  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |  |
| **Equipamento:** |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **ANO** | **TOTAL** |
| **Numero total de primeiras consultas** |  |  |
| **Numero total de segundas consultas** |  |  |
|  |  |  |
| **Total Consultas BAIXA VISÃO** |  |  |

* 1. **CONSULTA DE GENÉTICA**

**Número de Gabinetes de Consulta:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Nome** | **Nº períodos****consulta/semana** |
| **Médico responsável** |  |  |
| **Outros médicos da consulta** |  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |  |
| **Equipamento:** |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **ANO** | **TOTAL** |
| **Numero total de primeiras consultas** |  |  |
| **Numero total de segundas consultas** |  |  |
|  |  |  |
| **Total Consultas GENÉTICA** |  |  |

* 1. **CONSULTA DE ONCOLOGIA OFTALMOLÓGICA**

**Número de Gabinetes de Consulta:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Nome** | **Nº períodos****consulta/semana** |
| **Médico responsável** |  |  |
| **Outros médicos da consulta** |  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |  |
| **Equipamento:** |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **ANO** | **TOTAL** |
| **Numero total de primeiras consultas** |  |  |
| **Numero total de segundas consultas** |  |  |
|  |  |  |
| **Total Consultas ONCOLOGIA** |  |  |

* 1. **OUTRAS CONSULTAS**

|  |  |
| --- | --- |
| **Médico responsável** |  |
| **Número de gabinetes** |  |
| **Equipamento:** |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

**O número anual de consultas, é um parâmetro fundamental para a avaliação da qualidade formativa de um serviço. A quantidade e a diversidade nosológica da actividade de um serviço são aspectos fundamentais para a aprendizagem dos médicos em formação.**

**Nesse sentido, o número anual de consultas de cada serviço é um parâmetro fundamental no cálculo da CFT.**

**Para esse cálculo, considera-se o número total de consultas de cada serviço dividido por 3500. O número assim obtido, entra para o cálculo da CFT com uma ponderação de 30%.**

**Sempre que o número de consultas específicas, seja inferior a 50% do número total de consultas do serviço, o cálculo da CFT sofre uma penalização de 1.0.**

**(NB: este é o segundo parâmetro Major no cálculo da CFT de um Serviço).**

**G** - **MEIOS COMPLEMENTARES DE DIAGNÓSTICO ESPECÍFICOS/ GABINETES TÉCNICOS DE APOIO**

**Os exames complementares de diagnóstico e terapêutica devem ser realizados em gabinetes especiais, sob a forma de estágios parcelares, no mínimo uma vez por semana e preferencialmente em simultâneo com a realização dos estágios em áreas com eles relacionadas.**

|  |  |
| --- | --- |
| **Gabinetes Técnicos de Apoio** | **Duração dos estágios** |
| **Ecografia e Biometria oftalmológica:** | **4 meses** |
| **Campimetria:** | **4 meses** |
| **Angiografia Oftalmológica:** | **4 meses** |
| **Electrofisiologia Ocular:** | **4 meses** |
| **Outros exames (estudo da sensibilidade ao contraste, visão cromática, exames de****ortóptica** | **todo o internato.****(devem ser realizados integrados nas****diferentes consultas)** |
| **LASER** | **24 meses** |
| **OCT** | **14 meses** |

* 1. **ECOGRAFIA**

|  |  |
| --- | --- |
| **Médico responsável** |  |
| **Número de médicos adstritos** |  |
| **Número de Ortoptistas adstritos** |  |
| **Dias de funcionamento por semana** |  |
| **Número exames ano:** |  |
| **Equipamento:** |
|  |
|  |
|  |

* 1. **TOPOGRAFIA CORNEA**

|  |  |
| --- | --- |
| **Médico responsável** |  |
| **Número de médicos adstritos** |  |
| **Número de Ortoptistas adstritos** |  |
| **Dias de funcionamento por semana** |  |
| **Número exames ano:** |  |
| **Equipamento:** |
|  |
|  |
|  |

* 1. **OUTROS EXAMES DE AVALIAÇÃO DO SEGMENTO ANTERIOR**

|  |  |
| --- | --- |
| **Médico responsável** |  |
| **Número de médicos adstritos** |  |
| **Número de Ortoptistas adstritos** |  |
| **Dias de funcionamento por semana** |  |
| **Número exames ano:** |  |
| **Equipamento:** |
|  |
|  |
|  |

* 1. **ANGIOGRAFIA**

**4.1. Fluoresceína** ☐ **4.2. Indocianina** ☐

|  |  |
| --- | --- |
| **Médico responsável** |  |
| **Número de médicos adstritos** |  |
| **Número de Ortoptistas adstritos** |  |
| **Dias de funcionamento por semana** |  |
| **Número exames ano:** | **Fluoresceína:** | **Indocianina:** |
| **Equipamento:** |
|  |
|  |
|  |

* 1. **OCT**

|  |  |
| --- | --- |
| **Médico responsável** |  |
| **Número de médicos adstritos** |  |
| **Número de Ortoptistas adstritos** |  |
| **Dias de funcionamento por semana** |  |
| **Número exames ano:** |  |
| **Equipamento:** |
|  |
|  |
|  |

* 1. **PERIMETRIA**
	2. **Cinética** ☐
	3. **Computorizada** ☐

|  |  |
| --- | --- |
| **Médico responsável** |  |
| **Número de médicos adstritos** |  |
| **Número de Ortoptistas adstritos** |  |
| **Dias de funcionamento por semana** |  |
| **Número exames ano:** |  |
| **Equipamento:** |
|  |
|  |
|  |

* 1. **ELECTROFISIOLOGIA**

|  |  |
| --- | --- |
| **Médico responsável** |  |
| **Número de médicos adstritos** |  |
| **Número de Ortoptistas adstritos** |  |
| **Dias de funcionamento por semana** |  |
| **Numero exames ano:** |  |
| **PEV** |  |
| **ERG** |  |
| **EOG** |  |
| **OUTROS** |  |
| **Equipamento:** |
|  |
|  |
|  |

1. **GABINETES ESPECIFICOS DE TRATAMENTO**
	1. **LASER**

|  |  |
| --- | --- |
| **Médico responsável** |  |
| **Número de médicos adstritos** |  |
| **Número de Ortoptistas adstritos** |  |
| **Dias de funcionamento por semana** |  |
| **Numero exames ano:** | **Argon:** | **Yag:** | **Outros:** |
| **Equipamento:** |
|  |
|  |
|  |

* 1. **ORTOPTICA**

|  |  |
| --- | --- |
| **Médico responsável** |  |
| **Número de médicos adstritos** |  |
| **Número de Ortoptistas adstritos** |  |
| **Dias de funcionamento por semana** |  |
| **Numero exames ano:** |  |
| **Equipamento:** |
|  |
|  |
|  |

**I. CIRURGIA**

**O movimento Cirúrgico de um Serviço com idoneidade**, deve ter um volume e uma diversidade cirúrgica, capazes de proporcionar aos médicos de formação específica, um Curriculum Cirúrgico com o número mínimo de actos cirúrgicos considerado obrigatório para as várias áreas cirúrgicas da Oftalmologia. O Médico em formação deve ter garantida a aprendizagem sólida das técnicas cirúrgicas básicas, de forma a garantir uma completa autonomia na sua realização do final do tempo de formação.

O numero anual de cirurgias de um Serviço, e a sua diversidade são um parâmetro fundamental no calculo da CFT do Serviço.

**Para esse cálculo, considera-se o número total de cirurgias de cada serviço dividido por 850. O número assim obtido entra para o cálculo da CFT com uma ponderação de 30%. (NB: este é o terceiro parâmetro Major co cálculo da CFT de um Serviço).**

**O não cumprimento dos mínimos cirúrgicos nos vários estágios do internato, implica uma penalização de -0.5 para cada estágio.**

|  |  |
| --- | --- |
| **Tipo de Cirurgia** | **Número de cirurgias** |
| Cirurgia de pálpebras |  |
| Cirurgia de conjuntiva |  |
| Cirurgia do aparelho lacrimal |  |
| Cirurgia de Córnea (esclera) |  |
| Cirurgia de Estrabismo |  |
| Cirurgia de Cristalino |  |
| Cirurgia de glaucoma |  |
| Cirurgia de Retina e Vítreo |  |
| Enucleações /eviscerações |  |
| **Outras** |  |
| **TOTAL** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Injeções intra-vitreas** | **Número** |
| **Anti-VEGF** |  |
| **Outras** |  |
| **TOTAL** |  |

**PROGRAMA CIRÚRGICO MÍNIMO** (*Portaria nº 550/2004 de 21 de Maio 2004*):

* Cirurgia das pálpebras: 20
* Cirurgia da conjuntiva: 15
* Cirurgia do aparelho lacrimal: 10
* Cirurgia da córnea e esclera: 15
* Cirurgia do estrabismo: 10
* Cirurgia do cristalino: 40
* Cirurgia do glaucoma: 10
* Cirurgia da retina e vítreo: 10
* Enucleações e Eviscerações: 5
* Cirurgia LASER: 30

**L – RESPONSÁVEIS PELA INFORMAÇÃO**

O DIRECTOR DO SERVIÇO/DEPARTAMENTO

(Assinatura).......................................................................................

Nome (em maiúsculas) : .........................................................................................

Categoria: ...............................................................................................................

Em: ......./ ......................... /.........

O DIRECTOR DO INTERNATO MÉDICO

Comentário: .....................................................................................................................................

........................................................................................................................................................

……………………..................................................................................................................... ..............

..............................................................................................................................................

(Assinatura)............................................................................

Carimbo:

Nome (em maiúsculas) : .........................................................................................

Em: ......./ ......................... /.........