**Colégio da Especialidade de Reumatologia**

**Grelha de Avaliação para Atribuição de Idoneidade e Capacidade Formativa dos Serviços/Unidades de Reumatologia**

**ANO\_\_\_\_\_\_\_**

Preencha a(s) quadrícula(s) com S (Sim), N (Não) ou digitos, conforme o tipo de parâmetro. Escreva, por favor, com letra legível.

CENTRO HOSPITALAR:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

SERVIÇO/UNIDADE:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |
| --- | --- |
| **DESCRIÇÃO DAS ESTRUTURAS E DOS RECURSOS HUMANOS** | **Resposta dos CF**  **S/N e/ou Nº** |
| **RECURSOS HUMANOS** |  |
| Pessoal Médico |  |
| Director/responsável reumatologista |  |
| Número de reumatologistas em permanência |  |
| Número de especialistas com horas dedicadas à formação |  |
| Indicar nº médio de horas semanais que cada especialista dedica à formação |  |
| Número de internos em formação |  |
| 1º ano |  |
| 2º ano |  |
| 3º ano |  |
| 4º ano |  |
| 5º ano |  |
| Pessoal de enfermagem |  |
| Número de enfermeiros com formação específica na área da reumatologia |  |
| Número de enfermeiros sem formação específica na área da reumatologia |  |
| Fisioterapeuta |  |
| Assistente social |  |
| Psicólogo |  |
| Administrativo |  |
| **ESPAÇO FÍSICO** |  |
| O centro de formação (CF) possui autonomia de funcionamento |  |
| O CF possui espaços adequados para: |  |
| Consulta externa |  |
| Internamento |  |
| Execução de técnicas próprias de diagnóstico e terapêutica |  |
| Acções formativas |  |
| Apoio administrativo |  |
| Possui arquivo |  |
| De processos clínicos |  |
| Com facilidades de acesso aos processos clínicos por patologia |  |
| De radiologia |  |
| Iconográfico |  |
| Dispõe de biblioteca própria |  |
| Possui Hospital de Dia com funcionamento autónomo |  |
| Dispõe de Fisioterapia |  |
| Própria do serviço |  |
| Existem gabinetes de trabalho para os médicos |  |
| **EQUIPAMENTO** |  |
| Possui instrumentos e aparelhagens para técnicas de diagnóstico e terapêutica para a execução de |  |
| Biópsias |  |
| Sinoviais |  |
| Músculo e pele |  |
| Glândulas salivares |  |
| Gordura subcutânea abdominal |  |
| Infiltrações |  |
| Articulares |  |
| Periarticulares |  |
| Possui aparelhagem informática |  |
| Edição de texto |  |
| Composição de slides |  |
| Acesso à Internet |  |
| Acesso a livros e revistas da especialidade |  |
| Tem acesso a serviços de apoio ao diagnóstico e terapêutica |  |
| Imagiologia |  |
| Laboratório de patologia clínica |  |
| Laboratório de anatomia patológica |  |
| Laboratório de electrofisiologia |  |
| Laboratório de medicina nuclear |  |
| Existem meios de comunicação com o exterior e educativos |  |
| **DESCRIÇÃO DOS PROCEDIMENTOS** |  |
|  |  |
| **PROCEDIMENTOS ASSISTENCIAIS** |  |
| **Consulta externa** |  |
| Existência de declaração de missão |  |
| Existência de responsável |  |
| Existência de processo clínico estruturado |  |
| Nº de doentes de 1ª vez e % do total das consultas do serviço (último ano) |  |
| Nº de consultas subsequentes (último ano) |  |
| Nº de consultas por doente (último ano) |  |
| Nº de doentes/médico (último ano) |  |
| Nº de consultas/médico (último ano) |  |
| Nº de doentes activos (último ano) |  |
| AR |  |
| LES |  |
| EA |  |
| AP |  |
| ES |  |
| AIJ |  |
| OA |  |
| OP |  |
| FM |  |
| Tempo médio de espera para 1ª consulta |  |
| **Internamento** |  |
| Existência de declaração de missão |  |
| Existência de responsável |  |
| Existência de processo clínico estruturado |  |
| Notas de alta |  |
| Nº de internamentos no ano anterior |  |
| Nº de doentes internados no ano anterior |  |
| Nº de internamentos/nº de internos em formação |  |
| Demora média |  |
| Discriminação de patologias com estatística (anexar) |  |
| **Hospital de dia** |  |
| Existência de declaração de missão |  |
| Existência de responsável |  |
| Existência de normas de procedimentos |  |
| Processo clínico estruturado |  |
| Nº de sessões de HD |  |
| Nº de doentes activos |  |
| Nº de doentes em terapêuticas biológicas (descriminar por patologia) |  |
| AR |  |
| EA |  |
| AP |  |
| AIJ |  |
| Outras |  |
| Utilização de normas/standards para avaliação da actividade das doenças |  |
| Utilização de normas/standards para tratamento de doenças |  |
| Processo clínico estruturado |  |
| **Sector de técnicas** |  |
| Existência de declaração de missão |  |
| Existência de responsável |  |
| Nº de técnicas de diagnóstico realizadas |  |
| Artrocenteses |  |
| Biópsias fechadas da membrana sinovial |  |
| Biópsias de gordura abdominal |  |
| Biópsias de glândulas salivares |  |
| Biópsias de pele |  |
| Biópsias musculares |  |
| Ecografias |  |
| Densitometrias |  |
| Capilaroscopias |  |
| Artroscopias |  |
| Outras |  |
| Nº de técnicas terapêuticas realizadas |  |
| Infiltrações periarticulares |  |
| Infiltrações intra-articulares |  |
| Artroclises |  |
| Outras técnicas |  |
| Descrimine: |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
| **PROCEDIMENTOS FORMATIVOS** |  |
| Existência de programa de formação estruturado com declaração de missão |  |
| Visitas médicas semanais |  |
| Journal Club |  |
| Sessões clínicas |  |
| Investigação |  |
| Existência de linhas estruturadas e consistentes de investigação |  |
| Anexar projectos |  |
| Ensaios clínicos em curso |  |
|  |  |
| **DESCRIÇÃO DOS RESULTADOS** |  |
| Produção científica |  |
| Publicações (número de artigos originais, no último ano) |  |
| Revistas nacionais |  |
| Revistas internacionais |  |
| Posters apresentados |  |
| Comunicações orais |  |
| Participações em mesas redondas |  |
| Participações em conferências |  |
|  |  |
| **Descrição e evolução de projectos de investigação existentes no Centro de Formação** | |
|  | |
|  | |
|  | |
|  | |
|  | |
|  | |
|  | |
|  | |
|  | |
|  | |
|  | |
|  | |
|  | |
|  | |
|  | |
|  | |
|  | |
|  | |
|  | |
|  | |
|  | |
|  | |
|  | |
|  | |
|  | |
|  | |
|  | |
|  | |
|  | |
|  | |
|  | |

**Por favor preencher o seguinte quadro referente aos dados dos especialistas do Centro de Formação**

**Dados relativos aos médicos especialistas**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Nome | Nº de ordem | Idade | Ano de inscrição no Colégio da especialidade | Regime de trabalho /carga horaria semanal |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

Tipo de idoneidade a que se candidata: Total Parcial Quantos anos

No caso da idoneidade pretendida ser parcial, tem protocolo de colaboração com que entidade?

Capacidade Formativa a que se candidata:

Qual o número de Internos que o Serviço pretende admitir no próximo ano ?

Comentários:

Responsabilidade destas informações:

Nome (em maiúsculas): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Cargo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Data e assinatura: -------/-------/-------

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