



**ORDEM
DOS MÉDICOS**

Inquérito de Caracterização dos Serviços Avaliação de Idoneidade e Capacidades Formativas para a Especialidade de Estomatologia

ASSINALE COM (X) OU PREENCHA A(S) QUADRÍCULA(S) QUANDO FOR CASO DISSO
ESCREVA COM LETRA LEGÍVEL QUANDO NECESSÁRIO

HOSPITAL

DEPARTAMENTO/SERVIÇO

Existência de idoneidade pela Ordem dos Médicos: Total Parcial ____ meses Não

A – QUADRO MÉDICO preenchido

- Número de Chefes de Serviço
- Número de Assistentes Graduados
- Número de Assistentes Hospitalares
- Número de Assistentes Eventuais
- Número de Médicos do Internato em Formação Específica:

1º ano

2º ano

3º ano

4º ano

5º ano

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

- da mesma especialidade ...
- de outras especialidades ...



B - DOCUMENTAÇÃO

- Existe ARQUIVO CLÍNICO organizado ?Sim Não
*Se SIM, o arquivo clínico é Central do Serviço
- O arquivo clínico está informatizado ?Sim Não
- Existe BIBLIOTECA organizada ?Sim Não
- Se SIM a biblioteca éCentral ou do Serviço
- Existem livros básicos atualizados e específicos da especialidade?
...Sim Não
- Recebem publicações periódicas da especialidade? Sim Não
- Acesso a biblioteca digital..... Sim Não

C – ACTIVIDADE CIENTÍFICA

- Realizam-se sessões clínicas? Semanais Quinzenais Não
- Número de trabalhos publicados no ano transacto
- Número de comunicações orais, fora do serviço, no ano transacto
- Outras atividades:
.....
.....
.....

D – Preencha este item somente se a especialidade recorre a

MEIOS COMPLEMENTARES DE DIAGNÓSTICO ESPECÍFICOS

- Existem os necessários para o exercício da especialidade?.....
Sim Não
- Se NÃO, quais são os que estão em falta?
.....
.....
.....

E - Preencha este item somente se a especialidade tiver

SERVIÇO DE INTERNAMENTO

- Número de camas exclusivas / atribuídas da especialidade
- Número de internamentos no ano transacto



- Demora média no ano transacto dias
- Taxa de ocupação no ano transacto
- O serviço tem médico escalado permanentemente? Sim Não
- Observações :.....
.....
.....
.....

F - Preencha este item somente se a especialidade tiver
CONSULTA EXTERNA

- Número total de consultas no ano transacto
- Número de primeiras consultas no ano transacto
- Observações:.....
.....
.....

G - Preencha este item somente se a especialidade tiver escala de
SERVIÇO DE URGÊNCIA (ou de Apoio à Urgência)

- Autónoma e com presença física permanente
.....Sim Não
- Autónoma, mas em regime de prevenção/chamada
.....Sim Não
- Apoio aos doentes internados de outras especialidades
.....Sim Não
- Observações:.....
.....
.....

H – Preencha este item somente se a especialidade for
TÉCNICA / DIAGNÓSTICA / TERAPÊUTICA

- Número de exames / intervenções executados no último ano?
- Discrimine os principais exames / intervenções terapêuticas, e respectivo número total,
efectuados no último ano:
 -
 -
 -
 -
 -
 -
 -



-
-
-
-
- Observações:
-
-
-

I - PROGRAMA DO INTERNATO COMPLEMENTAR

- A instituição permite cumprir integralmente todo o programa e tempos de duração dos estágios previstos?Sim Não
- Em caso NEGATIVO existe protocolo de cooperação com outra instituição?Sim Não
- Se EXISTE protocolo, discrimine os estágios, local e tempo:

| Estágio | Local | Tempo (em meses) |
|---------|-------|------------------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

- Observações:.....
-
-
-

J - CAPACIDADE FORMATIVA

- Qual é o número de internos que o serviço pretende admitir para o próximo ano?
- Observações:.....
-
-



K - RESPONSABILIDADE DESTA INFORMAÇÃO

EM:/...../.....

O DIRECTOR DO SERVIÇO.

.....

Nome (em Maiúsculas):

.....

Categoria:

- Parecer de DIRECTOR DO INTERNATO MÉDICO

em:/...../.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

O DIRECTOR DO INTERNATO MÉDICO:

Nome (em maiúsculas):