**Colégio da Especialidade de**

**Angiologia e Cirurgia Vascular**

Caracterização dos Serviços para Atribuição

Capacidades Formativas

Angiologia e Cirurgia Vascular

A informação constante neste inquérito refere-se aos últimos 12 meses consecutivos

**DATA DE REALIZAÇÃO DO INQUÉRITO:**

**HOSPITAL:**

**DEPARTAMENTO/SERVIÇO:** ANGIOLOGIA E CIRURGIA VASCULAR

**Idoneidade no ano anterior: \_\_\_\_\_ meses**

Total

Parcial

*Quais os estágios a realizar obrigatoriamente fora do Serviço?*

**Estágio Duração (meses)**

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

**Nº de Internos que pretende admitir para o ano de 20\_\_ : \_\_\_\_\_\_\_**

*Anexar a estatística oficial do Hospital, referente a internamento, consulta e atividade operatória do ano anterior assim como organograma do Corpo Clínico do Serviço, dados sem os quais o presente relatório e a sua avaliação ficarão incompletos.*

#### **1. Diretor de Serviço**

Nome clínico:

Categoria Profissional:

Nº Cédula Profissional:

Inscrito no Colégio de Especialidade desde:

**2 . Responsável no Serviço pelo Programa de Formação**

Nome clínico:

Categoria Profissional:

N.º Cédula Profissional:

Inscrito no Colégio de Especialidade desde:

**3. Corpo Clínico:**

Assistente(s) Graduado(s) Sénior(es) (n.º):

Assistente(s) Graduado(s) (n.º):

Assistente(s) (n.º):

Internos de Formação Específica em Angiologia e Cirurgia Vascular (n.º):

Internos de Formação Específica de outras Especialidades no ano transato (n.º):

**Quadro 1 – Médicos Especialistas em Angiologia e Cirurgia Vascular**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nome | Categoria profissional | Idade | Horário semanal (Horas) |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

O corpo clínico actual satisfaz as necessidades do Serviço?

Que modificações sugere e porquê?

**Quadro 2 – Internos de Formação Especializada em Angiologia e Cirurgia Vascular**

####

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nome | Ano internato | Responsável de formação |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**Quadro 3 – Internos de Formação Especializada de outras Especialidades**

####

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nome | Especialidade | Ano internato | Responsável de formação |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**4. Estrutura do Hospital**

#### Tipo de Hospital:

#### Nº de camas:

#### **Outros Serviços com Idoneidade Formativa Reconhecida (Assinalar**)

|  |  |
| --- | --- |
| Serviço | Na Instituição (total/parcial) |
| Anestesiologia |  |
| Cardiologia |  |
| Cirurgia Cardiotorácica |  |
| Cirurgia Geral |  |
| lmagiologia |  |
| Imunohemoterapia |  |
| Medicina Fisica e Reabilitação  |  |
| Medicina Intema |  |
| Nefrologia  |  |
| Patologia Clinica  |  |

**5. Estrutura do Serviço (anexar Organograma do Serviço)**

População abrangida pelo Serviço de Angiologia e Cirurgia Vascular:

Serviço autónomo? Departamento?

Secretariado? N.º:

Informatização do Serviço?

Processo Clínico Informatizado?

**6. Atividade assistencial (anexar estatística oficial do Hospital)**

|  |  |
| --- | --- |
| Consulta Externa (total) | Nº |
| 1.ªs Consultas |  |
| N.º de Consultas por especialista |  |
| Lista de espera para Consulta? Tempo médio de demora? |  |
| Outras Consultas: |  |
|  Acessos Vasculares à hemodiálise |  |
|  Consulta Multidisiciplinar de Pé Diabético |  |
|  Outras |  |

Central x

Descrição da participação dos internos de formação especializada na Consulta:

**7. Internamento**

|  |  |
| --- | --- |
| Nº de camas |  |
| Taxa de ocupação |  |
| Demora média de internamento |  |
| N.º de doentes internados no ano |  |
| Urgência interna? Horário? |  |

**8. Laboratório Vascular**

|  |  |
| --- | --- |
| Central? No Serviço? |  |
| Doppler Contínuo ? Nº de exames/ano com índice T/B? |  |
| Aparelho de Ecodoppler? Nº de exames arteriais dos membros? |  |
| Nº de exames venosos dos membros?Nº exames carotídeos e vertebrais? |  |
| Realizados por técnico? |  |
| Participação dos Internos? |  |
| Outros exames? |  |

**9. Angiorradiologia**

|  |  |
| --- | --- |
| Tipo de sala de angiorradiologia? |  |
| Horas de sala de angiorradiologia por semana? |  |
| N.º de Exames diagnósticos realizados por ano? |  |
| Exames realizados por Cirurgia Vascular? Por Serviço de Radiologia? |  |
| Intervenções terapêuticas na sala de Angiorradiologia? Diferido? |  |
| N.º de intervenções terapêuticas por ano? |  |
| Participação dos Internos? |  |
| Possibilidade de angiorradiologia na sala de bloco operatório? |  |

**10. Serviço de Urgência**

|  |  |
| --- | --- |
| Acesso à Urgência Vascular – aberta ao exterior? Referenciada? |  |
| Regime de funcionamento – presença física? Prevenção? Misto? |  |
| Especialista em presença física? N.º de horas por dia? |  |
| Especialista em regime de prevenção? N.º de horas por dia? |  |
| Interno em presença física? N.º de horas por dia? |  |
| Consultadoria intra-hospitalar? N.º de horas por dia? |  |

**11. Atividade Cirúrgica**

|  |  |
| --- | --- |
| Bloco operatório autónomo? Central? |  |
| N.º total de intervenções cirúrgicas |  |
| N.º Intervenções cirúrgicas programadas: |  |
| N.º Intervenções cirúrgicas em urgência: |  |
| N.º Intervenções cirúrgicas em urgência excluindo amputações: |  |
| N.º de intervenções realizadas por Internos: |  |
| N.º de Salas de Bloco operatório electivas por semana: |  |
| N.º de Horas de Bloco operatório electivo por semana: |  |
| N.º de Tempos operatórios semanais para produção acrescida/recuperação de lista de espera |  |
| N.º Intervenções cirúrgicas em programas de produção acrescida/recuperação de listas de espera |  |
| N.º Intervenções cirúrgicas em programas de produção acrescida/recuperação de listas de espera - patologia não venosa |  |
| N.º de inscritos em lista de espera  |  |
| Tempo máximo de espera |  |
| Patologias em lista de espera cirúrgica |  |
| Constituição de equipa de enfermagem (instrumentista, circulante, anestesia)? |  |
| Recobro pós cirúrgico central? No Serviço? |  |
| Presença permanente de médico? Especialidade?  |  |

**12.** **Casuística cirúrgica do Serviço:**

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
|  Cirurgia Arterial Directa |  |
|  Cirurgia Arterial Endovascular |  |
|  Cirurgia de Amputação |  |
|  Cirurgia convencional de Varizes |  |
|  Cirurgia endovascular de Varizes |  |
|  Cirurgia de Acessos Vasculares à hemodiálise |  |
|  Outras intervenções (discriminar) |  |

**13.Serviços de Cuidados Intensivos:**

|  |  |
| --- | --- |
| Unidades de cuidados intensivos polivalente? N.º de Camas: |  |
| Presença de médico permanente? Especialidade? |  |
| Unidade de cuidados intensivos coronários? N.º de Camas: |  |
| Presença de médico permanente? Especialidade? |  |
| Unidade de cuidados intensivos do Serviço? N.º de Camas: |  |
| Presença de médico permanente? Especialidade? |  |
| Unidade de cuidados intermédios do Serviço? Polivalente? N.º de Camas |  |
| Presença de médico permanente? Especialidade |  |

**14. Atividade científica e educativa**

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
| Projetos de investigação em curso: |  |
| N.º de Publicações Científicas: |  |
| N.º de Comunicações orais: |  |
| N.º de Comunicações em Poster  |  |
| N.º de Reuniões Científicas participadas fora do Serviço: |  |
| Reuniões de Serviço? Periodicidade? |  |
| Reuniões de discussão clínica e terapêutica? Periodicidade? |  |
| Programa de formação teórico para a formação específica? |  |
| Reuniões entre internos e orientadores de formação? Periodicidade?Tempo especificamente dedicado à orientação do interno no horário do orientador de formação? |  |
| Biblioteca do Serviço? Da Instituição? |  |
| Livros de Angiologia e Cirurgia Vascular? |  |
| Revistas Científicas? |  |
| Base de dados clínica do Serviço?  |  |

**15. Pedido de Idoneidade**

Atendendo a estas características, este Serviço, pretende que lhe seja reconhecida idoneidade formativa:

|  |  |
| --- | --- |
| Formação Especializada | Total /Com complemento em outra Instituição (duração) |
| Angiologia e Cirurgia Vascular |  |

Tendo por base as respostas a este inquérito e os objetivos do programa de formação da especialidade, qual é, na sua opinião, o número de internos de formação especializada em Angiologia e Cirurgia Vascular que o Serviço poderá **ter em formação** em simultâneo **num mesmo período**?

 \_\_\_ Internos

Outras observações que considere relevantes: \_\_\_\_\_\_\_\_

Comentários e sugestões do Diretor de Serviço: \_\_\_\_\_\_\_\_

**RESPONSABILIDADE POR ESTA INFORMAÇÃO**

O DIRETOR DO SERVIÇO:

Nome:

Categoria:

Data:

Assinatura:

PARECER DO DIRETOR DO INTERNATO MÉDICO:

O DIRETOR DO INTERNATO MÉDICO:

Nome:

Categoria:

Data:

Assinatura: