**Colégio de Cardiologia**

**Inquérito de Caracterização dos Serviços para Atribuição de Capacidade Formativa**

A informação constante neste inquérito refere-se a:

1. Quadro do serviço: situação a 31 de Dezembro do ano transato
2. Atividades e Atos médicos verificados no decorrer do ano transato ou nos últimos 12 meses consecutivos com dados disponíveis**.**
3. **Instituição Hospitalar………………………………………….....…….**

**Departamento / Serviço ………………….…………………………………**

Dispõe de idoneidade formativa atribuída anteriormente pela Ordem dos Médicos?

Total **□** Parcial **□** Não **□** Data  **\_\_\_\_\_\_**

Caso tenha respondido ***parcial*** indique o número de meses e os estágios do programa de internato (exceto o estágio de Medicina Interna e de UCI polivalente) para os quais o Serviço tem idoneidade formativa e a data em que lhe foi atribuída.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Estágio** | **Nº Meses** | **Data da atribuição da idoneidade** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

1. **Autonomia Técnica com Direção por Cardiologista** inscrito no Colégio da Especialidade de Cardiologia da Ordem dos Médicos………. Sim **□** Não **□**
2. **Recursos Humanos Médicos e Caraterização do Serviço (Quadros 1 e 2)**

**Quadro 1 – Lista de todos os médicos do Serviço**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Categoria** | **Nº** | **Nome** | **Carga Horária** | **Orientador de formação?** |
| **Assistente Graduado Sénior** |  |  |  |  |
| **Assistente Graduado** |  |  |  |  |
| **Assistente**  |  |  |  |  |
|  |  | **Nome**  | **Ano de formação** |  |
| **Internos da especialidade** * **Serviço**
* **Outros Serviços de Cardiologia**
* **Outras Especialidades**
* **Protocolados dos PALOP**
* **Outros (Especificar no quadro 2)**
 |  |  |  |  |

**Quadro 2 – Caracterize os diferentes setores/unidades do serviço**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Setor** | Responsável médico | Nº de médicos afetos ao setor |
| Internamento |  |  |
| Consultas |  |  |
| Eletrocardiografia |  |  |
| Ecocardiografia |  |  |
| Imagem não invasiva, não ultrassonográfica |  |  |
| Hemodinâmica |  |  |
| Eletrofisiologia e Pacing |  |  |
| Reabilitação Cardíaca |  |  |

(Na coluna “Responsável médico” especificar n.a. se “não aplicável”);

1. **Outros Profissionais de Saúde afetos ao Serviço**

|  |  |
| --- | --- |
| **Categoria** | **Número** |
| **Enfermeiros** |  |
| **Técnicos** |  |

1. **Atividade Assistencial**

**Índice de *Case Mix* do Serviço: …. Enfermaria …. UCI ….**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Internamento** | Equipa dedicada | Nº camas | Nº internamentos/ano | Duração média internamento |
| **Enfermaria de Cardiologia Geral** |  |  |  |  |
| **UCI Cardíacos****UC Intermédios****Outras** |  |  |  |  |
| **Internamento dedicado (procedimentos)** |  |  |  |  |
| **Consultas** | - | Nº total | 1ª Consulta | Subsequentes |
| **Cardiologia Geral****Doença Coronária****Doença Valvular****Insuficiência Cardíaca****Miocardiopatias****Congénitos do Adulto****Arritmologia Clínica****Pacing; CDI; CRT****Outras ...** |  |  |  |  |
| **Cardiologia no Serviço de Urgência**  |  | Presença física | Consultoria | Sem urgência  |
| Assinale **Sim /Não (horário)** |  |  |  |  |
| **Reabilitação Cardíaca** |  | Sim | Não | Em caso afirmativo indique o nº doentes  |
| **Fase I** |  |  |  |  |
| **Fase II** |  |  |  |  |

1. **Técnicas (realizadas na Instituição)**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Técnicas** | Nº Exames / procedimentos | Equipamentos (nº) | Data de aquisição | Observações |
| **Eletrocardiografia****ECG simples****Prova de esforço****Prova de esforço CP****Holter****MAPA****TILT** |  |  | **-** |  |
| **Ecocardiografia****ETT****ETE****Sobrecarga*** **Exercício**
* **Farmacológica**

**Contraste** |  |  |  |  |
| **Angiografia e Hemodinâmica****Procedimentos de diagnóstico****Procedimentos de Intervenção*** **Coronária**
* **Estrutural:**
	+ **valvular:**
	+ **congénita:**
	+ **outras:**
 |  |  |  |  |
| **Eletrofisiologia invasiva e *pacing**** **Implantação de Pacing**

 **Provisório** **Definitivo*** **EEF (diagnóstico)**
* **EEF (terapêutica)**
* **Implantação de CDI**
* **Implantação de CRT**
* **Consultas de seguimento**
 |  |  |  |  |
| **Imagem Não Invasiva** **Cardiologia Nuclear*** **SPECT**
* **PET**
* **ARN**

**RMN cardíaca*** **Morfologia/função**
* **Perfusão**

**TC*** **Coração e grandes vasos**
* **Coronária**
* **Perfusão**
 |  |  |  |  |

(Imagem não Invasiva: assinalar nas observações se o equipamento se encontra afeto à Cardiologia ou à Imagiologia (Radiologia ou Medicina Nuclear).

1. **Formação e Investigação**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Reuniões promovidas pelo Serviço** | **Frequência (semanal/ mensal/ anual)** | **Observações** |
| **Sessões clínicas no Serviço** |  |  |
| **Reuniões nacionais promovidas pelo Serviço** |  |  |
| **Participação em Reuniões** | **Nº** | **Designação** |
| **Participações de elementos do Serviço (palestras e moderações)*** **Reuniões nacionais**
* **Reuniões internacionais**
 |  |  |
| **Participação do Serviço (comunicações)*** **Reuniões nacionais**
* **Reuniões internacionais**
 |  |  |
| **Publicações****Revistas Indexadas*** **Nacionais**
* **Internacionais**

**Livros*** **Redação de capítulos**
* **Edição**

**Outras** |  |  |
| **Projetos de Investigação Financiados**  | **Data de Início / Designação**  | **Financiamento** |
| **Iniciativa do Investigador (local)****Co-Investigador****Ensaios Clínicos** |  |  |

1. **Espaços físicos dedicados (formação e investigação)**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **No Serviço** | **Biblioteca** | **Sala de reuniões /formação** | **Computadores dedicados à formação** |
|  |  |  |  |
| **Na Instituição** |  |  |  |
|  |  |  |  |

**(responder Sim / Não)**

1. Se a instituição que dirige tem apenas idoneidade parcial, informe quais os estágios realizados fora do Serviço e duração dos estágios que os internos farão fora da Instituição:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Estágio** | **Local** | **Duração em meses** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

1. **Capacidade Formativa**

Quantos internos pretende admitir no serviço para o próximo ano?………..

1. **Observações**

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

1. **Responsável pela Informação**

Em: ………./……………………./………..

O Diretor de Serviço: ……………………………………………………………………………………

Nome (em Maiúsculas): …………………………………………………………………………………….

Categoria: …………………………………………………………………………………

1. **Parecer do Diretor do Internato Médico**

Em: ……../…………………/………

……………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………

O Diretor do Internato Médico: ………………………….......................…………………………

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