**Caracterização dos Serviços para atribuição de Idoneidade Formativa**

**Otorrinolaringologia**

Assinale com (x) ou preencha a(s) quadicula(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:

1º ano ………

2º ano ……….

3º ano ……….

4º ano ……….

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

• da mesma especialidade … • de outras especialidades …

**B – QUADRO PARA-MÉDICO preenchido**

* Número de Técnicos de Audiometria ……………………………………................…….
* Número de Técnicos de Terapia da Fala…………………………………………….……
* Número de Técnicos de Audio-protesia………………………………………………......

**C - DOCUMENTAÇÃO**

* Existe ARQUIVO CLINICO 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 é ………...…………………………….……Central **□** ou do Serviço **□**
* Existem livros básicos actualizados e específicos da especialidade? …….……Sim **□** Não **□**
* Recebem publicações periódicas da especialidade? …………….…………... Sim **□** Não **□**
* Tem o serviço acesso a base de dados por computador? ……...……………... Sim **□** Não **□**
* Existe material audiovisual? …………………….....................………………...….Sim **□** Não  **□**
* Se SIM, sinalize: Videoteca? ……………………………….............…..……Sim **□** Não **□**
* Registo fotográfico? ……............................……………………………..……Sim **□** Não **□**
* Retro-projetor? ……....................................……………………………..……Sim **□** Não **□**
* Observações:…..………………………………………………………………………………………..

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

**D – ATIVIDADE CIENTIFICA**

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

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

**E - MEIOS COMPLEMENTARES DE DIAGNÓSTICO**

* Existem os necessários para o exercício da especialidade?.......................................... Sim **□**  Não **□**
* Quais?

1. Sala/ cabine insonorizada........................................ Sim **□**  Não **□**
2. Audiometria Tonal ................................................. Sim **□**  Não **□**
3. Audiometria Vocal.................................................. Sim **□**  Não **□**
4. Impedancimetria..................................................... Sim **□**  Não **□**
5. Potenciais evocados auditivos.................................. Sim **□**  Não **□**
6. Eletronistagmografia .............................................. Sim **□**  Não **□**
7. Equipamento de audio-protesia................................. Sim **□**  Não **□**
8. Rinodebitomanometria........................................... Sim **□**  Não **□**
9. Laringoestroboscopia............................................ Sim **□**  Não **□**
10. Endoscopia rígida.................................................. Sim **□**  Não **□**
11. Endoscopia flexível............................................... Sim **□**  Não **□**
12. Outros..........................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

**F - SERVIÇO DE INTERNAMENTO**

* Número de camas exclusivas da especialidade …………………………………………………
* Número de camas não exclusivas 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 : ………………………………………………………………………………………………..

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

**G - CONSULTA EXTERNA**

* Número total de consultas no ano transacto ………..……………………………………………
* Número de primeiras consultas no ano transacto ………………………………………………..
* Observações: ………………………………………………………………………………………………….

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

**H - SERVIÇO DE URGENCIA**

* Autónoma e com presença física permanente ……………..……………………………Sim **□** Não **□**
* Autónoma, mas em regime de prevenção/chamada ……………………………………Sim **□** Não **□**
* Observações: …………………………………………………………………………………………………

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

**I –**  **EXAMES COMPLEMENTARES DE DIAGNÓSTICO EFETUADOS**

* Número de exames efetuados no último ano ? ……………….
* Descrimine os principais exames / intervenções, e respectivo número total,

efectuado no último ano:

* Audiometria tonal ....................
* Audiometria vocal …………...
* Timpanogramas ....…………...
* Reflexos estapédicos ………...
* Potenciais evocados .………....
* Ex. Adaptação proteica….........
* Exames vestibulares ...........….......
* E.N.G. ……………………....…...
* Fibroscopias............……………...
* Endoscopias rígidas .....………...
* Estroboscopias ....………………...
* Rinodebitomanometria ....………..

Outros.............................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

**J –**  **ATIVIDADE CIRÚRGICA**

**BLOCO operatório**

Autónomo............................................................... Sim **□**  Não **□**

Geral......................................................................... Sim **□**  Não **□**

Número de salas por semana............................................

Número de horas por semana............................................

Com microscópio cirúrgico.................................... Sim **□**  Não **□**

Com LASER .......................................................... Sim **□**  Não **□**

Número total de intervenções no ano transato em BO................................

Cirurgia da boca e da faringe

Cirurgia otológica

Cirurgia do nariz e seios perinasais

Cirurgia laríngea e do pescoço

Outras

Gabinete de cirurgia experimental .......................................... Sim **□**  Não **□**

* Observações: …………………………………………………………………………………………………

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

**K - PROGRAMA DO INTERNATO**

* A instituição permite cumprir integralmente a totalidade do programa e os tempos de duração dos estágios previstos? Sim **□** Não **□**
* Existe protocolo de cooperação com outra instituição? Sim **□** Não **□**
* Se existe protocolo, descrimine os estágios, local e tempo:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Estágio | Duração (meses) | Local (Serviço e instituição) |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

* Observações: …………………………………………………………………………………………………

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

**L - CAPACIDADE FORMATIVA**

* Qual é o número de internos que o serviço pretende admitir para o próximo ano ? ..…..

Observações: …………………………………………………………………………………………………….

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

**M - RESPONSABILIDADE DESTA INFORMAÇÃO**

EM: ………./……………………./………..

O DIRECTOR DO SERVIÇO. ………………………………………………………………………………………

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

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

**em:** ……../…………………/………

O DIRECTOR DO INTERNATO MÉDICO: ………………………………………………………

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