**Colégio de Medicina Desportiva**

**(ad probat Medicina Desportiva e do Exercício)**

**Inquérito aos Serviços para atribuição de idoneidade e/ou capacidade formativa**

**DATA DA VISITA:...../...../.........**

1. **IDENTIFICAÇÃO DO SERVIÇO**

INSTITUIÇÃO: …………………………………………………………………………………………………………………….....

SERVIÇO: ……………………………………………………………………………………………………………....................

DIRETOR DO SERVIÇO:................................................................................................................

Email:................................................................. Contacto Telefónico:......................................

O Serviço dispõe de idoneidade formativa atribuída anteriormente pela Ordem dos Médicos?

Total □ Parcial □ Não □ Estágios □ Data da atribuição da idoneidade ...../...../..........

Protocolos com outras instituições para o remanescente do Programa de Internato

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Instituição | Estágios | Nº Meses |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

Se Parcial, indique o número de meses e os estágios do programa de internato para os quais a Instituição tem idoneidade formativa.

|  |  |
| --- | --- |
| Estágio | Nº Meses |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

1. **CARACTERIZAÇÃO DO SERVIÇO**
	1. **ESTRUTURA**
		1. **RECURSOS HUMANOS**

|  |
| --- |
| Médicos Especialistas |
| Nº de Médicos Especialistas em Medicina Desportiva (ad probat Medicina Desportiva e do Exercício), doravante designada abreviadamente MDE  |  |
| Nº de Médicos Especialistas com outra especialidade  |  |
| TOTAL |  |
| Caracterização Médicos Especialistas |  |
| Nº Especialistas de MDE com < 17,5 horas semanais |  |
| Nº Especialistas de MDE com > 17,5 horas semanais |  |
| Nº Especialistas de MDE com mais de > 17,5 horas semanais, com disponibilidade para orientação de internos (excluído o Diretor de Serviço) |  |
| Médicos a frequentar IFE de MDE |
| 1º ano |  |
| 2º ano |  |
| 3º ano |  |
| 4º ano |  |
| TOTAL |  |
| Enfermeiros |
| Nº de Enfermeiros |  |
| Fisioterapeutas |
| Nº de Fisioterapeutas |  |
| *Outros profissionais* |
| Ciências do Desporto |
| Nutrição |
| Psicologia |  |
|  |
|  |  |
| Técnicos de Saúde |
| Nº de Técnicos de Cardiopneumologia |  |
| Nº de Técnicos de Radiologia |  |
| Outros |  |
| Assistentes Operacionais |
| Nº Assistentes Operacionais |  |
| Assistentes Técnicos |
| Nº Assistentes Técnicos |  |
|  |  |

* + 1. **INSTALAÇÕES E EQUIPAMENTOS**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Instalações | Sim | Não |
| Integração em Instituição Hospitalar |  |  |
| Integração em Instituição Desportiva |  |  |
| Gabinetes de Consulta (adequados face ao nº de médicos e atividade clínica) |  |  |
| Salas/Gabinetes de Enfermagem (adequados face ao nº de enfermeiros e atividade clínica) |  |  |
| Sala(s) de trabalho e/ou pesquisa |  |  |
| Sala(s) de reuniões |  |  |
| Sala(s) de diagnóstico/procedimentos imagiológicos |  |  |
| Unidade de Reabilitação Musculoesquelética |  |  |
| Unidade de Reabilitação Cardiovascular e Respiratória |  |  |
| Laboratório de Avaliação e Controlo do Treino  |  |  |
| Outras? Quais: |  |  |
| Sala de espera para utentes |  |  |
| Secretariado Clínico e Administrativo (próprio)  |  |  |
| Equipamento Clínico | Sim | Não |
| Equipamento clínico necessário e ajustado para a realização de consultas |  |  |
| Equipamento clínico ajustado à realização dos diversos procedimentos terapêuticos propostos |  |  |
| Equipamento informático ajustado às necessidades  |  |  |
| Sala(s) de diagnóstico/procedimentos |
| 1. Ecógrafo
 |  |  |
| 1. Eletrocardiógrafo
 |  |  |
| 1. Equipamento clínico necessário para a realização de procedimentos terapêuticos
 |  |  |
| 1. Equipamento de Radiologia Convencional
 |  |  |
| 1. Outros? Quais:
 |  |  |
| Unidade de Reabilitação Musculoesquelética |
| 1. Equipamentos de Eletroterapia
 |  |  |
| 1. Equipamentos de Mecanoterapia
 |   |  |
| 1. Equipamentos de Termoterapia/Crioterapia
 |  |  |
| 1. Equipamentos de treino funcional
 |  |  |
| 1. Outros? Quais:
 |  |  |
| Laboratório de Avaliação e Controlo do Treino |
| 1. Equipamentos de Avaliação da Função Neuromuscular
 |  |  |
| 1. Equipamentos de Avaliação da Capacidade Cardiorrespiratória
 |  |  |
| 1. Equipamentos de Avaliação do Desempenho Biomecânico
 |  |  |
| 1. Equipamentos de Avaliação da Composição Corporal
 |  |  |
| 1. Outros? Quais
 |  |  |
| Unidade de Reabilitação Cardiovascular e Respiratória |
| 1. Equipamentos de Avaliação da Capacidade Cardiorrespiratória
 |  |  |
| 1. Espaço(s) e equipamentos adequados à Reabilitação Cardiorrespiratória
 |  |  |
| Carro e equipamento de emergências médicas |  |  |
| Processo Clínico, Arquivo e Referenciação Hospitalar | Sim | Não |
| Processo Clínico em Suporte Eletrónico |  |  |
| Processo Clínico em Suporte de Papel |  |  |
| Acesso a Arquivo Clínico centralizado |  |  |
| Sistema de Referenciação a Consulta Hospitalar |  |  |
| Equipamento Educativo | Sim | Não |
| Disponibilidade de meios audiovisuais |  |  |
| Acesso à internet no Serviço |  |  |
| Acesso institucional a biblioteca e publicações *on line* |  |  |

* 1. **RESULTADOS**
		1. **ACTIVIDADE ASSISTENCIAL**

|  |  |
| --- | --- |
| Consultas de Medicina Desportiva (ad probat Medicina Desportiva e do Exercício) | Nº |
| Primeiras consultas |  |
| Consultas de seguimento |  |
| TOTAL |  |
| Consulta de exame Médico Desportivo | Nº |
| TOTAL |  |
| Consultas de outras especialidades de apoio realizadas no Serviço  | Nº |
| Quais:  |  |
| TOTAL |  |
| Tipologia da Consulta | Nº |
| Prescrição de Exercício |  |
| Cardiologia Desportiva |  |
| Avaliação, controlo e otimização do treino |  |
| Traumatologia desportiva e/ou patologia musculoesquelética |  |
| Exame médico-desportivo atleta |  |
| Exame médico-desportivo de sobreclassificação |  |
| Outras áreas da Clínica Médica |  |
| Nutrição desportiva |  |
| Outras? Quais: |  |
| TOTAL |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Avaliações e/ou Procedimentos | Nº |
| Electrocardiograma  |  |
| Ecocardiograma |  |
| Electrocardiograma com prova de esforço |  |
| Ecografia músculo-esquelética |  |
| Radiografia convencional (músculo-esquelética) |  |
| Total de utentes que realizaram reabilitação na unidade |  |
| Técnicas infiltrativas/mesoterapia/técnicas de reabilitação invasiva |  |
| Avaliação de força com dinamómetro/ plataforma de forças |  |
| Avaliação da capacidade cardiorrespiratória  |  |
| Avaliação da função neuromuscular |  |
| Avaliação da composição corporal/Antropometria |  |
| Avaliação biomecânica/não especificado |  |
| Avaliação de biomecânica de marcha e corrida/ *bike-fitting* |  |
| Outras? Quais:..................................................................................................... |  |
| TOTAL |  |

* + 1. **ACTIVIDADE FORMATIVA**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Reuniões de Serviço | Frequência(Diária, Semanal, Mensal ou Ocasional) | Nº |
| Clínicas |  |  |
| Operacionais |  |  |
| Indústria  |  |  |
| Comunicações orais e posters  | Nº |
| Âmbito Nacional  |  |
| Âmbito Internacional  |  |
| Publicações | Nº |
| Artigos Publicados em Revistas Indexadas  |  |
| Artigos Publicados em Revistas Não Indexadas  |  |
| Capítulos de Livros  |  |
| Outros textos relevantes |  |
| Participação em trabalhos de investigação | Nº |
| Âmbito Nacional |  |
| Âmbito Internacional |  |
| Participação de elementos do Serviço em atividades letivas | Sim | Não |
| Ensino Superior Universitário (licenciatura, mestrado) |  |  |
| Outro |  |  |
| Reconhecimentos e distinções | Sim | Não |
| Prémios, distinções ou bolsas |  |  |
| Doutoramentos/doutorandos |  |  |
| Doutorados |  |  |
| Estudantes de doutoramento |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Capacidade Formativa | Nº |
| Internos pretendidos para o 1º ano de formação |  |

* 1. **COMENTÁRIOS/ JUSTIFICAÇÃO**

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

|  |
| --- |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
| Categoria de Idoneidade que o Serviço pretenda que lhe seja reconhecida |  |
| Idoneidade Formativa Total |  |
| Idoneidade Formativa Parcial |  |
| Estágios |  |

|  |
| --- |
| Responsabilidade da Informação |
| Diretor de Serviço: -------------------------------------------------------------------------- |
| Diretor Internato Médico: -------------------------------------------------------------------- |
| Data: ---------------------------- |