## Subespecialidade de Radiologia Torácica

## Especialidade de Radiologia

## Inquérito de idoneidade e capacidade formativa

Assinale com (x) ou preencha as quadrículas, quando for caso disso.

Caso necessário, acrescente páginas/anexos, referenciando os números deste documento, a que se reportam.

Hospital \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Depto./Serviço/Unidade \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Idoneidade Formativa Actual**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Sim | Não |
| **1 – Existência de idoneidade já atribuída pela Ordem dos Médicos** |  |  |
| **2 – Idoneidade Formativa para nível II – Radiologia Torácica** |  |  |
| **3 – Protocolos de colaboração com outra instituição (obrigatório comprovativo)** |  |  |
|  |  |  |

3.1 - Se existente, indique os estágios, local e duração.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Estágio** | **Local** | **Duração** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**4 – A Instituição tem no seu quadro especialistas de:**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **N.º de Assistentes Hospitalares, Assistentes Graduados e Assistentes Graduados Séniores** | | | | | |
| - Pneumologia |  | - Medicina Interna |  |
| - Cardiologia |  | - Pediatria |  |
| - Cirurgia Torácica |  | - Anatomia Patológica |  |
| - Cirurgia Cardíaca |  | - Outras \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |
| - Cirurgia Vascular |  | - \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |
|  |  |  |  |

**5 – O Director do Serviço (se diferente do Coordenador da Unidade)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Sim | Não |
| Está inscrito no Colégio de Radiologia |  |  |
| É subespecialista de Radiologia Torácica |  |  |
| Possui diploma ESTI |  |  |

**- O Coordenador da Unidade/Responsável pela área de subespecialidade (anexar CV resumido)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Sim | Não |
| Está inscrito no Colégio de Radiologia |  |  |
| É subespecialista de Radiologia Torácica |  |  |
| Possui diploma ESTI |  |  |

**Quadro médico do Serviço**

**6 – Quadro médico Geral**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **N.º de Assistentes Hospitalares, Assistentes Graduados e Assistentes Graduados Séniores** | | | |
|  | **Sim** | **Não** |
| - Tempo completo (pelo menos 35h semanais) |  |  | |
| - Tempo parcial – Horas/Sem |  |  | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **N.º de outros radiologistas (grau especialista vs grau de consultor)** | | | |
|  | **Sim** | **Não** |
| - Tempo completo (pelo menos 35h semanais) |  |  | |
| - Tempo parcial – Horas/Sem |  |  | |

Quadro médico para formação na subespecialidade – enviar em anexo quadro nominal, com CV resumido, anos de inscrição no Colégio de Radiologia, categoria profissional, tipo de contrato, carga horária semanal, turnos de trabalho semanal e tempo dedicado à Radiologia Torácica.

|  |  |
| --- | --- |
| **7. Número de Médicos Internos em fase de diferenciação nível II (5º ano) em Radiologia Torácica** |  |
| **8. Número de Médicos Radiologistas em formação nível III em Radiologia Torácica** |  |  |

**Equipamentos e Instalações**

**9. Equipamentos \***

|  |  |
| --- | --- |
|  | Número Descrição (Marca | Modelo) e tempos de trabalho dedicados à aquisição torácica |
| TC |  | |
| RM |  | |
| Ecografia |  | |
| PACS |  | |
| Outros |  | |

\* É obrigatório anexar mapa detalhado dos equipamentos incluindo ano de fabrico na primeira vez que se preenche o inquérito e depois sempre que houver alterações. . Horário de períodos de trabalho dedicados a aquisição de exames torácicos – Anexo

**10. Instalações**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Sala de reuniões |  | Biblioteca |  |
| Acesso à internet |  | Livros da Subespecialidade |  |
| Revistas “online” |  | Publicações Radiológicas |  |

**Actividade Científica**

**11. Reuniões de Serviço/da Unidade \***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Semanais | Quinzenais | Não tem |

|  |  |
| --- | --- |
| **Tipo** | **Periocidade** |
| Bibliográfica |  |
| Casos Clínicos |  |
| Temática |  |
| Reuniões multidisciplinares |  |
| Outras |  |

\* Devem existir actas das Reuniões realizadas - lista (Anexo)

- Actividade cientifica (diferenciar a que seja da Radiologia Torácica

- Número de trabalhos publicados no ano transacto

- Número de comunicações orais, fora do serviço, no ano transacto

- Outras actividades (consultas multidisciplinares, etc): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **12. Tem escala interna de urgência de radiologia?** | Sim | Não | Horário semanal |
| Regime de Presença física | Sim | Não | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Regime de prevenção/chamada | Sim | Não | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

**13. Número de Procedimentos de Radiologia torácica (ano transacto)**

Em anexo descrever exames de imagem Radiologia Torácica - número e tipo de exames por técnica e patologia

Existência de arquivo de casos em PACS com casos de patologia diferenciada

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Sim** | **Não** |
| **14. O Serviço/Unidade tem consulta de Radiologia?** |  |  | |

Qual o número de consultas realizadas no ano transacto? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Sim** | **Não** |
| **15. O Serviço/Unidade tem recobro?** |  |  | |

**16. Em anexo, descreva o plano de formação (e local de formação no caso de Centros Hospitalares), para cada capacidade formativa pedida (Anexo).**

**17. Capacidade formativa pretendida**

Número de subespecialistas (formandos) que pretende para o próximo ano

- Justificação da capacidade formativa pedida (obrigatório) e outras observações:

**18. Responsabilidade da informação prestada**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | O Director do Serviço | O Coordenador Subespecialidade  de Radiologia Torácica | O Director do Internato Médico: |
| Nome |  |  |  |
| Assinatura |  |  |  |
| Data |  |  |  |