**Subespecialidade de Oncologia Pediátrica**

**CARACTERIZAÇÃO DAS UNIDADES PARA ATRIBUIÇÃO DE IDONEIDADES DE ONCOLOGIA PEDIÁTRICA**

1. **Identificação do Serviço**

Hospital:

Serviço/Unidade:

Endereço:

Diretor/Coordenador:

Email:

Telefone:

Inscrito no Colégio da Subespecialidade de Oncologia Pediátrica:

1. **Ambiente Pediátrico**

Todos os internamentos são em ambiente pediátrico: Sim / Não

Todos os doentes são tratados e seguidos por equipas pediátricas / com diferenciação pediátrica: Sim / Não

1. **Idoneidade e capacidade formativa**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Idoneidade pretendida** | **Idoneidade atribuída** |
| **Total** |  |  |
| **Tumores hemato-oncológicos** |  |  |
| **Tumores sólidos** |  |  |
| **Tumores do sistema nervoso central** |  |  |
| **Laboratório** |  |  |
| **Transplantação de células estaminais** |  |  |
| **Radioterapia** |  |  |
| **Radiologia/medicina nuclear** |  |  |
| **Aperfeiçoamento em área opcional (tumores hemato-oncológicos, SNC ou sólidos)** |  |  |
| **Estágios opcionais clínicos ou de investigação** |  |  |

1. **Recursos médicos**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Categoria** | **Oncologista Pediátrico** | **Outra Especialidade** |
| **Assistente Graduado Sénior** |  |  |
| **Assistente Graduado** |  |  |
| **Assistente**  |  |  |
| **Assistente** **Eventual** |  |  |
| **Cirurgião** |  |  |

1. **Urgência/prevenção**

Médico da Unidade de OP de urgência 24 horas/dia: Sim / Não

Médico da Unidade de OP de prevenção 24 horas/dia: Sim / Não

Local próprio para atendimento de urgência: Sim / Não

1. **Recursos de enfermagem**

Número total de enfermeiros:

Número de enfermeiros especialistas:

Número total de enfermeiros a tempo inteiro em OP:

1. **Apoio de outras especialidades médicas e/ou cirúrgicas**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **No Hospital** | **Noutro Hospital** | **24 horas por dia****7 dias por semana** |
| **Cirurgia Pediátrica** |  |  |  |
| **Neurocirurgia** |  |  |  |
| **Cuidados Intensivos** **Pediátricos** |  |  |  |
| **Anatomia Patológica** |  |  |  |
| **Anestesia** |  |  |  |
| **Cardiologia Pediátrica** |  |  |  |
| **Imunohemoterapia****(incluindo apoio transfusional 24 horas por dia e aférese)** |  |  |  |
| **Laboratórios****(Patologia clinica, imunologia, biologia molecular)** |  |  |  |
| **Medicina da reprodução: Possibilidade de criopreservação de sémen/tecido ovárico** |  |  |  |
| **Medicina Física e Reabilitação** |  |  |  |
| **Medicina Nuclear** |  |  |  |
| **Neonatologia** |  |  |  |
| **Neuropediatria** |  |  |  |
| **Neurorradiologia** |  |  |  |
| **Oftalmologia** |  |  |  |
| **Ortopedia** |  |  |  |
| **Otorrinolaringologia** |  |  |  |
| **Radioterapia** |  |  |  |
| **Radiologia incluindo radiologia de intervenção** |  |  |  |
| **Unidade de Transplante Medular com experiência em Pediatria** |  |  |  |
| **Outras sub- especialidades Pediátricas e áreas de Pediatria** |  |  |  |
| **Outras especialidades Médicas e Cirúrgicas** |  |  |  |

1. **Apoio de outros Serviços**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **No Hospital** | **Noutro Hospital** | **Não** |
| **Psicologia** |  |  |  |
| **Serviço social** |  |  |  |
| **Nutrição** |  |  |  |
| **Apoio lúdico-pedagógico** |  |  |  |
| **Apoio escolar** |  |  |  |

1. **Estatística do Serviço**

**Idade limite de atendimento (anos):**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **2012** | **2013** | **2014** |
| **Novos casos (NC) Oncológicos** |  |  |  |
| **NC Hemato-oncológicos** |  |  |  |
| **NC Tumores Sólidos** |  |  |  |
| **NC Tumores SNC** |  |  |  |
| **Número de doentes seguidos** |  |  |  |

1. **Instalações do Serviço**
	1. Internamento

Internamento em espaço próprio – Sim / Não

Nº de camas de internamento:

Nº de internamentos por ano:

Nº de quartos de isolamento:

 Com casa de banho individual:

Instalações para adolescentes:

Possibilidade de acompanhamento por familiar 24 horas / dia – Sim / Não

Gabinete de acolhimento para pais:

Sala de trabalho para formandos:

* 1. Hospital de Dia

Espaço próprio – Sim / Não

Nº de sessões de hospital dia por ano:

* 1. Consulta Externa

Espaço próprio de Oncologia Pediátrica – Sim/Não

Nº consultas/ano:

Seguimento de doentes a longo prazo (> 5 anos de paragem terapêutica)

 Nº consulta/ano:

**11. Formação e atividade científica**

|  |  |
| --- | --- |
|  | **Frequência** |
| **Reuniões de grupo** |  |
| **Clube de leitura** |  |
| **Reuniões temáticas** |  |

Apresentações em reuniões internas – anexar lista.

Apresentações em reuniões externas dos últimos 2 anos – anexar lista.

Publicações do Serviço dos últimos 2 anos – anexar lista.

Organização de congressos – anexar lista.

Formação de internos – número anual e tempo de permanência na unidade

Internos do ano comum:

Formação pré e pós-graduada:

Existência de biblioteca /acesso às revistas principais: Sim / Não

1. **Registo dos doentes em Registo Oncológico Pediátrico Português:**
2. **Envolvimento em protocolos clínicos multicêntricos.**

 **Lista dos protocolos:**

1. **Cuidados continuados, paliativos e apoio domiciliário:**
2. **Apoio a outros Hospitais:**

**Clínico:**

**Formativo:**

**Data:**

**Nome:**

**Assinatura:**