**Caracterização dos Serviços para Avaliação de Idoneidade e atribuição de capacidades formtivas**

**Patologia Clínica**

DEVE SER PREENCHIDO UM ÚNICO FORMULÁRIO QUER SE TRATE DE UM DEPARTAMENTO OU SERVIÇO

ASSINALE COM (X) OU PREENCHA AS QUADRÍCULAS ESCREVA COM LETRA LEGÍVEL

**HOSPITAL**

Morada

**Departamento/Serviço**

Nome do Director de Serviço

**IDONEIDADE DO SERVIÇO DE PATOLOGIA CLÍNICA (SPC) NO ANO ANTERIOR**

Não solicitou ☐ Não lhe foi atribuída ☐

Foi-lhe atribuída: Total ☐ Total com complemento de formação ☐ Parcial ☐

Se respondeu Total com complemento de formação especifique o/s estágio/s e respectivo(s)

tempo(s) aconselhados

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Especificação do estágio | Tempo (meses) |
| Hematologia |  |  |
| Química Clínica |  |  |
| Microbiologia |  |  |
| Imunologia |  |  |
| Outra área |  |  |

Se respondeu Parcial indique o n.º de meses de idoneidade que lhe foram atribuídos no ano anterior, por área e especifique o/s estágio/s e respectivo(s) tempo(s) a complementar obrigatoriamente

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Idoneidade atribuída  (meses) | Estágio(s) complementar(es) na(s) seguintes área(s) | Duração dos estágios (meses) |
| Hematologia |  |  |  |
| Química Clínica |  |  |  |
| Microbiologia |  |  |  |
| Imunologia |  |  |  |
| Outra área |  |  |  |

**CARACTERÍSTICAS DO HOSPITAL**

Nº de camas:

Nº de consultas externas:

Nº de doentes da urgência interna:

Urgência externa Sim ☐ Não ☐

Serviços/Unidades (assinale com um X):

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Medicina Interna |  | Cirurgia Geral |  | Hematologia Clínica |
|  | Medicina Intensiva |  | Cirurgia Cardiotorácica |  | Oncologia |
|  | Pediatria |  | Ginecologia/Obstetrícia |  | Endocrinologia |
|  | Gastrenterologia |  | Ortopedia |  | Pneumologia |
|  | Cardiologia |  | Neurologia |  | Anatomia Patológica |
|  | Nefrologia |  | Doenças Infecciosas |  | lmunohemoterapia |
|  | Hemodiálise |  | Dermatologia |  | lmagiologia |
| Outras (Especifique) | | | | | |

DEPARTAMENTO DA QUALIDADE NÃO ☐ SIM ☐

BIBLIOTECA DO HOSPITAL NÃO ☐ SIM ☐

ACESSO À INTERNET NO HOSPITAL NÃO ☐ SIM ☐

HOSPITAL ESTÁ CERTIFICADO NÃO ☐ SIM ☐ EM CURSO ☐

Entidade/Norma:

HOSPITAL ESTÁ CERTIFICADO NÃO ☐ SIM ☐ EM CURSO ☐

Entidade/Norma:

**QUADRO MÉDICO**

Vagas Vagas disponíveis

preenchidas no quadro

* Número de Chefes de Serviço …………
* Número de Assistentes Graduados………
* Número de Assistentes Hospitalares ……
* Número de Assistentes Eventuais ………
* Número de Médicos do Internato colocados no Serviço / Departamento:

1º ano ……… 2º ano ……….

3º ano ………. 4º ano ……….

Internos/ especialistas de Patologia Clínica de outros hospitais ou internos/ especialistas de outras especialidades ou estagiários de outras licenciaturas a estagiar no SPC

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Número | Especialidade | Especificação do estágio | Instituição de origem |
| Hematologia |  |  |  |  |
| Química Clínica |  |  |  |  |
| Microbiologia |  |  |  |  |
| Imunologia |  |  |  |  |
| Outra área |  |  |  |  |

**QUADRO TÉCNICO**

Vagas Vagas disponíveis

preenchidas no quadro

Número de técnicos superiores

Nº Técnicos de análises clínicas

Nº Técnicos de análises clínicas a contrato

**OUTRO PESSOAL**

Nº administrativos

Nº auxiliares de ação médica

**SERVIÇO URGÊNCIA**

Sim Nº médicos Horário Não

* Externa: presença física
* Externa: prevenção
* Interna: presença física
* Interna: prevenção

A Urgência é assegurada só por técnicos ou técnicos superiores no seguinte horário:

**CARACTERÍSTICAS DO SERVIÇO**

ÁREA TOTAL DO LABORATÓRIO m2

ÁREA DOS LABORATÓRIOS: HEMATOLOGIA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_m2 BIOQUÍMICA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_m2

MICROBIOLOGIA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_m2 IMUNOLOGIA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_m2

ÁREA DO SECRETARIADO \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_m2

ÁREA DA SALA DE COLHEITAS \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_m2

ÁREA DA SALA DE LAVAGEM \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_m2

SALA DE REUNIÕES NÃO ☐ SIM ☐

BIBLIOTECA DO SERVIÇO NÃO ☐ SIM ☐

O SPC/HOSPITAL TEM LIVROS ATUALIZADOS (≤ 5 ANOS) NÃO ☐ SIM ☐ Nº \_\_\_\_

O SPC/HOSPITAL ASSINAM REVISTAS DA ESPECIALIDADE NÃO ☐ SIM ☐ Nº \_\_\_\_

ACESSO À INTERNET NO SPC NÃO ☐ SIM ☐

INFORMATIZAÇÃO DO SERVIÇO NÃO ☐ SIM ☐ (TOTAL /PARCIAL )

**ARQUIVOS (pelo menos 5 anos):**

ESFREGAÇOS DE MEDULA ÓSSEA/GÂNGLIO/OUTROS NÃO ☐ SIM ☐

RESULTADOS DOS EXAMES LABORATORIAIS NÃO ☐ SIM ☐

RESULTADOS DO CONTROLO DE QUALIDADE INTERNO NÃO ☐ SIM ☐

RESULTADOS DOS PROGRAMAS DE AVALIAÇÃO EXTERNA DA QUALIDADE NÃO ☐ SIM ☐

OUTROS DOCUMENTOS NÃO ☐ SIM ☐

**EQUIPAMENTO**

• Apresente em folha anexa, discriminados por áreas. apenas os equipamentos que considere relevantes (letra imprensa)

• O SPC tem procedimentos escritos para a utilização de cada um dos equipamentos existentes (manual de instrução) NÃO ☐ SIM ☐ EM CURSO ☐

• O SPC tem um plano de manutenção dos equipamentos NÃO ☐ SIM ☐ EM CURSO ☐

• O SPC tem um plano de calibração dos equipamento NÃO ☐ SIM ☐ EM CURSO ☐

• O SPC tem registos das calibrações dos equipamento NÃO ☐ SIM ☐ EM CURSO ☐

**AMOSTRAS/ ENSAIOS/ RESULTADOS**

• Apresente em folha anexa a lista de análises efectuadas, discriminadas por áreas (letra imprensa)

• O SPC tem procedimentos escritos sobre condições de colheita, armazenamento e transporte das amostras NÃO ☐ SIM ☐ EM CURSO ☐

• O SPC tem procedimentos técnicos escritos para todas as técnicas executadas

NÃO ☐ SIM ☐ EM CURSO ☐

• O SPC tem Fichas de segurança relativas aos reagentes/consumíveis que podem representar perigosidade para o operador NÃO ☐ SIM ☐ EM CURSO ☐

• A identificação de quem valida os resultados é apresentada de uma forma evidente ao clínico?

NÃO ☐ SIM ☐ EM CURSO ☐

Isto é, só técnica, ou médica da exclusiva responsabilidade do Patologista Clínico

NÃO ☐ SIM ☐ EM CURSO ☐

**ESTATÍSTICA**

Apresente em folhas anexas, a estatística do serviço por àreas, de preferência, com a seguinte metodologia:

**HEMATOLOGIA, QUÍMICA CLÍNICA E IMUNOLOGIA**

Nº de doentes

Nº total de análises

Nº de análises em doentes internados

Nº de análises em doentes da consulta externa

Nº de análises da urgência interna

Nº de análises da urgência externa

Discriminar os diferentes parâmetros analíticos por áreas;

Nota: 1 hemograma (GV + índices hematimétricos, leucócitos, plaquetas, fórmula leucocitária)= 1 parâmetro

**MICROBIOLOGIA**

Bacteriologia

Total de produtos estudados(% de positividade)

Discriminar totais por produtos

Parasitologia

Total de produtos estudados (% de positividade)

Micologia

Total de produtos estudados(% de positividade)

Virologia (isolamento em cultura)

Total de produtos estudados

Discriminar por agentes pesquisados

Serologia

Total de produtos estudados

Discriminar totais por tipo de parâmetros executados

Pesquisa directa de antigénios

Total de produtos estudados

Discriminar totais por agentes pesquisados

Outras técnicas executadas

Totais

**GARANTIA DA QUALIDADE**

O SPC tem um responsável pela garantia da qualidade NÃO ☐ SIM ☐

O SPC participa em programas de avaliação externa da qualidade (AEQ)

Nacionais - Não Sim Entidades organizadoras

Internacionais - Não Sim Entidades organizadoras

Nº de análises (ensaios) em que participa nesses programas de AEQ

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Nacionais | Internacionais |
| Hematologia |  |  |
| Hemostase |  |  |
| Citometria de fluxo |  |  |
| Imunologia |  |  |
| Microbiologia |  |  |
| Parasitologia |  |  |
| Virologia |  |  |
| Química Clínica |  |  |
| Endocrinologia |  |  |

Outras áreas (indique quais) e respectivo nº de ensaios:

O SPC tem procedimentos escritos sobre organização do laboratório

NÃO ☐ SIM ☐ EM CURSO ☐

O SPC tem um Manual da Qualidade NÃO ☐ SIM ☐ EM CURSO ☐

O Director do SPC e o Responsável pela Qualidade promovem reuniões para avaliação da eficácia do sistema de qualidade implementado NÃO ☐ SIM ☐

O SPC elabora um Plano de Formação anual adequado a todas as categorias profissionais

NÃO ☐ SIM ☐

**Se respondeu sim anexe por ordem cronológica os nomes dos cursos, duração (nº de horas), local e data**

O SPC está certificado NÃO ☐ SIM ☐ EM CURSO ☐

Entidade/Norma

O SPC está acreditado NÃO ☐ SIM ☐ Nº de parâmetros\_\_\_\_ EM CURSO ☐

Entidade/Norma

**ATIVIDADE CIENTÍFICA**

SESSÕES CIENTÍFICAS REALIZADAS NO SERVIÇO

NÃO ☐ SIM ☐ Nº \_\_\_\_

SESSÕES CIENTÍFICAS REALIZADAS NO HOSPITAL COM A PARTICIPAÇÃO DO SPC

NÃO ☐ SIM ☐ Nº \_\_\_\_

COMUNICAÇÕES ORAIS/POSTERS EM CONGRESSOS (últimos 3 anos)

NÃO ☐ SIM ☐ Nº \_\_\_\_

PUBLICAÇÕES EM REVISTAS NACIONAIS (últimos 3 anos)

NÃO ☐ SIM ☐ Nº \_\_\_\_

PUBLICAÇÕES EM REVISTAS ESTRANGEIRAS (últimos 3 anos)

NÃO ☐ SIM ☐ Nº \_\_\_\_

CAPÍTULOS DE LIVROS/LIVROS (últimos 3 anos)

NÃO ☐ SIM ☐ Nº \_\_\_\_

PRELECÇÃO/FORMAÇÃO/PARTICIPAÇÃO EM MESAS REDONDAS (últimos 3 anos)

NÃO ☐ SIM ☐ Nº \_\_\_\_

**NOTA: Estes documentos têm de ser anexados e apresentados, por ordem cronológica e com a seguinte metodologia:**

A- SESSÃO CIENTÍFICA

Título da sessão

Nome dos autores (sublinhar os que pertencem ao SPC)

Data

Local (Serviço ou Hospital)

B- COMUNICAÇÃO ORAUPOSTER/PRELECÇÃO/FORMAÇÃO/MESA REDONDA

Título

Nome dos autores (sublinhar os que pertencem ao SPC) Nome do evento científico (Congresso, Jornada, etc.) Local e data em que se realizou

C- PUBLICAÇÃO

Título

Nome dos autores (sublinhar os que pertencem ao SPC)

Nome da Revista, volume ou suplemento, páginas, ano

Nome do Livro, capítulo, páginas, ano

**PROGRAMA DE FORMAÇÃO DO INTERNATO COMPLEMENTAR**

O SPC tem um programa de formação escrito para o interno do complementar para cada valência NÃO ☐ SIM ☐

O SPC tem acordos de cooperação escritos com os Serviços, Hospitais ou Instituições nas quais os seus internos do complementar fazem estágios NÃO ☐ SIM ☐

O SPC não tem idoneidade total e os internos do complementar completam a sua Formação noutro Serviço/Hospital/Instituição

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Serviço/Hospital/Instituição | Tempo (meses) |
| Hematologia |  |  |
| Química Clínica |  |  |
| Microbiologia |  |  |
| lmunoloqia |  |  |
| Outras áreas |  |  |

O SPC tem idoneidade total, mas os internos do complementar completam a sua formação noutro Serviço /Hospital ou Instituição

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Serviço/Hospital/Instituição | Tempo (meses) |
| Hematologia |  |  |
| Química Clínica |  |  |
| Microbiologia |  |  |
| lmunoloqia |  |  |
| Outras áreas |  |  |

Qual o número de internos do complementar que o SPC pretende admitir para o próximo ano (capacidade formativa): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**RESPONSABILIDADE DESTA INFORMAÇÃO**

EM: ………./……………………./………..

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

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

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

* **Parecer de DIRECTOR DO INTERNATO MÉDICO**

**em:** ……../…………………/………

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

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

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