**Colégio de Cirurgia Maxilofacial**

**Inquérito de idoneidade e capacidade formativa**

**Caracterização dos Serviços para Atribuição de Idoneidade e Capacidades Formativas**

**CIRURGIA MAXILO-FACIAL (CMF)**

**Nota:** O inquérito deve ser preenchido com os dados referentes ao ano civil anterior, com excepção do Ponto A - Quadro Médico que deverá ter os dados atualizados

**Hospital\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Serviço/Unidade \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Idoneidade pela Ordem dos Médicos:**

Total ………………………………………………

( ………% )

Parcial ……………………………………………

Sem Idoneidade …………………………….

O Diretor / Responsável / Coordenador do Serviço ou Unidade é Especialista em Cirurgia Maxilo-Facial? (S/N) …………………………………….

**Quadro Médico**

**A -**

**(Preencher com dados atualizados)**

* Assistentes Hospitalares Graduados Seniores ……………………………………….........
* Assistentes Hospitalares Graduados……………………………………………………………..
* Assistentes Hospitalares ………………………………………………………………………………
* Outros Especialistas …………………………………………………………………………………….
* Internos do Internato de Formação Especializada

1º Ano ………………

2º Ano ………………

3º Ano ………………

4º Ano ………………

5º Ano ………………

6º Ano ………………

Número médio de Internos de outros Serviços / Instituições a estagiar no Serviço/Unidade:

* Cirurgia Maxilofacial ……………………………………………………………
* Outras especialidades ………………………………….........................

**B -**

**A**tividade **C**ientífica

* Realizam-se Sessões Clínicas? (S/N) \_\_\_\_\_ Com que periodicidade? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Número de trabalhos publicados no ano transato …………………………………………...
* Número de comunicações orais, fora do Serviço/Unidade, no ano transato …….
* Existe colaboração do Serviço/Unidade no Ensino Pré-Graduado? (S/N) …………………

Outras Atividades.…………………………………………………………………………………………………….

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

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

Material e Meios Complementares de Diagnóstico Específicos

**C -**

* Existe todo o material necessário ao exercício da especialidade? (S/N) …………………..
* Estão disponíveis os Meios Complementares de Diagnóstico necessários? (S/N)……..
* Outras técnicas específicas ………………………………………………………………………………………

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

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

Serviço de Internamento

**D -**

* Há Serviço / Unidade com camas exclusivas da especialidade? (S/N) ………………………

- Se existe quantas camas estão alocadas?......................................…………..

* Número de internamentos no ano transato …………………………………………………..
* Demora média no ano transato ……………………………………………………………………..
* Taxa de ocupação no ano transato …………………………………………………………………
* Existe médico escalado em permanência no Serviço/Unidade? (S/N)……………………….
* Observações …………………………………………………………………………………………………………….

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

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

**E -**

Consulta Externa

* Consultas pediátricas autónomas (S/N) ………………………………………………………..………
* Número total de consultas no ano transato
* Adultos ……………………………………………………………………………………….
* Idade pediátrica…………………………………………………………………………..
* Número de primeiras consultas no ano transato
* Adultos ………………………………………………………………………………….….
* Idade pediátrica…………………………………………………………………………
* Observações ……………………………………………………………………………………………………………

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

Serviço de Urgência

**F -**

* Urgência autónoma e com presença física permanente (S/N)…………………………………..
* Urgência autónoma em regime de prevenção/chamada (S/N)………………………………….
* Médicos integrados em Urgência autónoma de CMF noutras instituições (S/N) ……..
* Número de doentes/ano …………………………………………………………………………………
* Números de procedimentos cirúrgicos/ano …………………………………………………….
* Observações ……………………………………………………………………………………………………………

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

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

Procedimentos Cirúrgicos Realizados no Ano Transato

**G -**

* Existe Bloco Operatório próprio? (S/N) ………………………………………………………………..
* Número de tempos operatórios/ano
* Adultos ……………………………………………………………………………………….
* Idade pediátrica…………………………………………………………………………..
* Número total de doentes/ano
* Adultos ……………………………………………………………………………………….
* Idade pediátrica…………………………………………………………………………..
* Número total de procedimentos cirúrgicos/ano …………………………………………..
* Nº procedimentos em Pequena Cirurgia …………………………………………………
* Nº procedimentos em Cirurgia de Ambulatório ………………………………………
* Nº procedimentos em Cirurgia Eletiva com internamento ………………………
* Procedimentos cirúrgicos por área de intervenção
* Traumatologia craniomaxilofacial aguda e sequelas ………………………………….
* Patologia benigna oromaxilofacial e cervical …………………………………………….
* Patologia da articulação temporomandibular……………………………………………
* Patologia das glândulas salivares ……………………………………………………………..
* Oncologia da cabeça e pescoço …………………………………………………………….….
* Cirurgia reconstrutiva, incluindo retalhos microanastomosados ………….....
* Cirurgia ortognática ………………………………………………………………………………….
* Deformidades craniofaciais , congénitas e adquiridas (exceto ortognática)..
* Outras áreas …………………………………………………………………………………………….
* Cirurgia ortognática ………………………………………………………………………………….
* Deformidades craniofaciais , congénitas e adquiridas (exceto ortognática)..
* Outras áreas …………………………………………………………………………………………….
* Observações ……………………………………………………………………………………………………

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

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

**H -**

Capacidade **F**ormativa

* Qual é o número de internos que o Serviço / a Unidade pretende

admitir no próximo ano? ………………………………………………………………………………..

* Justificação……………………………………………………………………………………………………………..

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

* Observações…………………………………………………………………………………………………………….

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

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

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

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

**I -**

Responsabilidade desta **I**nformação

Em: …………/……………………………./………….

O Diretor / Responsável / Coordenador do Serviço ou da Unidade de CMF

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

 Categoria: .………………………………………………………………………..……………………...…...

Parecer do **DIRETOR do INTERNATO MÉDICO**

Em: …………/……………………………./………….

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

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

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

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

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

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

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

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

**O DIRETOR do INTERNATO MÉDICO :**

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