**Colégio de Cirurgia Torácica**

**Inquérito aos Serviços para atribuição de idoneidade e capacidades formativas**

Assinale com (x) ou preencha a(s) quadricula(s), quando for caso disso escreva com letra legível

**HOSPITAL**

**DEPARTAMENTO/SERVIÇO**

Existência de idoneidade pela Ordem dos Médicos: Total **□** Parcial **□**\_\_\_ meses

 Não **□**

**A – QUADRO MÉDICO preenchido**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| • Número de Assistentes Graduados Sénior  |  |  |
|  |  |  |
| • Número de Assistentes Graduados  |  |  |
|  |  |  |
| • Número de Assistentes Hospitalares  |  |  |
|  |  |  |
| • Número de Assistentes Eventuais  |  |  |
|  |  |  |
| • Número de Médicos de Formação Especializada:  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  | 1º ano |  |  | 4º ano |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  | 2º ano |  |  | 5º ano |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  | 3º ano |  |  |  |

Número médio de internos de outros serviços/instituições a estagiar no serviço/departamento:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| • da mesma especialidade |  |  | • de outras especialidades  |  |

**Médicos do Quadro dedicados à Cirurgia Torácica**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nome Clínico | Nº de cédula | Regime de trabalho | Nº internos de que é orientador |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**B - DOCUMENTAÇÃO**

Existe ARQUIVO CLINICO organizado? Sim **□** Não **□**

• Se SIM o arquivo clínico é Central **□** do Serviço **□**

• O arquivo clínico está informatizado? Sim **□** Não **□**

Existe acesso fácil a literatura científica específica no Centro Hospitalar? Sim **□** Não **□**

**C – ACTIVIDADE CIENTIFICA**

Realizam-se sessões clínicas? Semanais **□** Quinzenais **□** Não **□**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Número de trabalhos publicados no ano transato (p.f., anexe lista) |  |  |
|  |  |  |
| Número de comunicações orais, fora do serviço, no ano transato (p.f., anexe lista) |  |  |

Outras atividades:

**D –** Preencha este item somente se a especialidade recorre a

**MEIOS COMPLEMENTARES DE DIAGNÓSTICO específicos**

 O centro tem acesso aos meios complementares de diagnóstico necessários à prática da especialidade? Sim **□** Não **□**

 Se NÃO, quais são os que estão em falta?

**E -** Preencha este item somente se a especialidade tiver

**SERVIÇO DE INTERNAMENTO**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Número de camas exclusivas da especialidade |  |  |
|  |  |  |
| Número de internamentos no ano transato |  |  |
|  |  |  |
| Demora média no ano transato |  | dias |
|  |  |  |
| Taxa de ocupação no ano transato |  |  |

**BLOCO OPERATÓRIO:**

Do Serviço Central Número de salas \_\_\_\_\_\_

Tempos operatórios/semana: Manhã \_\_\_\_\_\_ Tarde \_\_\_\_\_\_ Jornada contínua

**Consulta de ANESTESIOLOGIA**

pré-operatória Enfermeira(o) instrumentista

**F -** Preencha este item somente se a especialidade tiver

**CONSULTA EXTERNA**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Número total de consultas no ano transato |  |  |
|  |  |  |
| Número de primeiras consultas no ano transato |  |  |
|  |  |  |

Observações:

**G -** Preencha este item somente se a especialidade tiver escala de

**SERVIÇO DE URGENCIA**

Autónoma e com presença física permanente Sim **□** Não **□**

Autónoma, mas em regime de prevenção/chamada Sim **□** Não**□**

Descreva sumariamente como é feito o apoio de cirurgia torácica para a urgência:

**H –** Preencha este item somente se a especialidade for

**TÉCNICA / DIAGNÓSTICA / TERAPÊUTICA**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Número de exames / intervenções executados no último ano? |  |  |

Descrimine os principais exames / intervenções, e respetivo número total no último ano:

|  |  |
| --- | --- |
| **Cirurgia Torácica Major\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_****Cirurgia Torácica minor\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |  |
|  |
| **Cirurgia Ressecção não anatómica toracotomia\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_****Cirurgia Ressecção não anatómica VATS\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_****Cirurgia Ressecção anatómica toracotomia\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_****Cirurgia Ressecção não anatómica VATS\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_****Cirurgia oncológica\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_****Cirurgia do Mediastino (excepto cirurgia diagnóstico)\_\_\_\_\_\_** |  |
| **Cirurgia do Trauma\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_****Cirurgia da Hiperhidrose\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |  |
| **Transplantação pulmonar\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |  |
| **Outras\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |  |
| **Cirurgia Torácica Total\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |  |

Observações:

**I - PROGRAMA DE FORMAÇÃO ESPECIALIZADA**

A instituição permite cumprir integralmente todo o programa e tempos de duração dos estágios previstos? Sim **□** Não**□**

Em caso NEGATIVO existe protocolo de cooperação com outra instituição? Sim **□** Não **□**

Se EXISTE protocolo, descrimine os estágios, local e tempo:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Estágio** | **Local** | **Tempo (meses)** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

Observações:

**J - CAPACIDADE FORMATIVA**

Qual é o número de internos que o serviço pretende admitir para o próximo ano?

Cirurgia Torácica………

Observações:

**K - RESPONSABILIDADE DESTA INFORMAÇÃO**

Em: ………./……………………./………..

O DIRETOR DO SERVIÇO

Nome (em Maiúsculas):

Categoria:

**Parecer de DIRETOR DO INTERNATO MÉDICO**

Em:……../…………………/………

O DIRETOR DO INTERNATO MÉDICO:

Nome (em maiúsculas):