Colégio de Subespecialidade de Medicina Materno-Fetal da Ordem dos Médicos

Treino formativo para a aquisição do título de subespecialista em Medicina Materno-Fetal

*Logbook*

Nome…………………………………………………………………………………………………………………………………………

Especialista em Ginecologia/ Obstetrícia desde ……/ ……/ ……

Data de início da formação ……/…… /……. Termo da formação …… / …… /……

Local de Formação

Hospital………………………………………………………………………………………………………………………………………

Serviços……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..……………………………………………………………………………………………………………………………………………………..…………………………………………………………………………………………………………………………………………………..…….…

Coordenador………………………………………………………………………………………………………………………………

AVALIAÇÃO DE COMPETÊNCIAS - CLÍNICAS E TÉCNICAS E/OU CONHECIMENTOS

Durante cada estágio é esperado que o candidato atinja determinado **nível de competência**, relativamente aos objetivos definidos.  O espectro de competência varia entre a observação (nível 1) e a prática independente (nível 4 ou 5).

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| *score* | **Competências**  | **Conhecimentos** |
| **1** | Observação/ Assistência passiva | Conhecimento básico |
| **2** | Necessita de apoio  | Conhecimento médio |
| **3** | Capacidade de realizar com supervisão | Bom conhecimento |
| **4** | Capacidade de realizar sem supervisão  | Excelente / Capacidade de aconselhar |
| **5** | Capacidade de supervisionar | Excelente / Capacidade de ensinar |

A avaliação do estágio inclui, para além dos níveis de competência e conhecimento atingidos, a **apresentação e discussão de casos clínicos** com o tutor responsável pelo estágio. O candidato é responsável pela seleção dos casos e deve incluir na apresentação / discussão todas as vertentes, clínicas (história e exames complementares de diagnóstico) e não clínicas (comunicação e questões éticas).

**MEDICINA MATERNA E OBSTÉTRICA (12 MESES)**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Especialidade** | **Áreas** | **Duração** | **Local de estágio/ formação** |
|  |
| Medicina Intensiva |   | 2 meses | Unidade de Cuidados Intensivos |
| Medicina Materna e obstétrica | - Patologia materna- Patologia obstétrica  | 10 meses | Consulta externa, internamento, bloco operatório e bloco de partos/ urgência de obstetrícia |

**MEDICINA MATERNA E OBSTÉTRICA** (10 meses)

Data: ……………………………

Tutor: ………………………….

AVALIAÇÃO DE COMPETÊNCIAS - CLÍNICAS E TÉCNICAS E/OU CONHECIMENTOS

|  |
| --- |
| **Diagnóstico e orientação de complicações médicas associadas à gravidez e parto** |
|   | Nível de competência/ conhecimento | Validação do Tutor |
|   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | assinatura | data |
| Doenças hipertensivas |  |  |  |  |  |  |  |
| Diabetes e outras endocrinopatias |  |  |  |  |  |  |  |
| Doenças cardíacas |  |  |  |  |  |  |  |
| Doenças gastrointestinais |  |  |  |  |  |  |  |
| Doenças neoplásicas |  |  |  |  |  |  |  |
| Doenças psiquiátricas |  |  |  |  |  |  |  |
| Doenças infeciosas |  |  |  |  |  |  |  |
| Doenças renais e urológicas |  |  |  |  |  |  |  |
| Doenças neurológicas |  |  |  |  |  |  |  |
| Doenças autoimunes |  |  |  |  |  |  |  |
| Doenças hematológicas (anemia, trombocitopenia, tromboembolismo, coagulopatia) |  |  |  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **Diagnóstico** **e orientação de patologias obstétricas** |
|   | Nível de competência/ conhecimento | Validação do Tutor |
|   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | assinatura | data |
| Doenças hipertensivas da gravidez |   |   |   |   |   |   |   |
| Diabetes gestacional |   |   |   |   |   |   |   |
| Restrição de crescimento fetal |   |   |   |   |   |   |   |
| Gravidez múltipla |   |   |   |   |   |   |   |
| Parto pré-termo |  |  |  |  |  |  |  |
| Aborto recorrente |   |   |   |   |   |   |   |
| Morte fetal |   |   |   |   |   |   |   |
| Patologia do 1º trimestre. Doença neoplásica do trofoblasto.Gravidez ectópica |   |   |   |   |   |   |   |
| Anomalias da placentação· Placenta prévia· Espectro acretismo placentário |   |   |   |   |   |   |   |
| Descolamento placentário |   |   |   |   |   |   |   |

|  |
| --- |
| **Orientação de Grávidas de alto risco relativamente à altura de terminação da gravidez e ao parto** |
|   | Nível de competência/ conhecimento | Validação do Tutor |
|   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | assinatura | data |
| Discussão multidisciplinar sobre a terminação da gravidez (timing, via parto, método maturação/indução) |   |   |   |   |   |   |   |
| Atuação no limite de viabilidade |   |   |   |   |   |   |   |
| Prescrição de fluidos e derivados do sangue em situações especiais |   |   |   |   |   |   |   |
| Reanimação do RN |   |   |   |   |   |   |   |

|  |
| --- |
| Apresentação e discussão de casos clínicos |
|   | Apresentação/discussão | Validação do Tutor |
|   |   | Assinatura | Data |
| Caso clínico 1 |   |   |   |
| Caso clínico 2 |   |   |   |
| Caso clínico 3 |  |  |  |
| Caso clínico 4 |  |  |  |
| Caso clínico 5 |  |  |  |
| Caso clínico 6 |  |  |  |
| Caso clínico 7 |  |  |  |
| Caso clínico 8 |  |  |  |
| Caso clínico 9 |  |  |  |
| Caso clínico 10 |  |  |  |

**MEDICINA INTENSIVA** (2 meses)

Data: ……………………………

Tutor: ………………………….

AVALIAÇÃO DE COMPETÊNCIAS - CLÍNICAS E TÉCNICAS E/OU CONHECIMENTOS

|  |
| --- |
| **Diagnóstico e orientação de complicações médicas/obstétricas passíveis de internamento em unidades de cuidados intensivos** |
|   | Nível de competência/ conhecimento | Validação do Tutor |
|   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | assinatura | data |
| Reanimação materna |   |   |   |   |   |   |   |
| Ventilação assistida |   |   |   |   |   |   |   |
| ECMO |   |   |   |   |   |   |   |
| Fluidoterapia |   |   |   |   |   |   |   |
| Transfusão |  |  |  |  |  |  |  |
| Antibioterapia |   |   |   |   |   |   |   |
| Doenças hipertensivas |   |   |   |   |   |   |   |
| Tromboembolismo |   |   |   |   |   |   |   |
| Choque séptico  |   |   |   |   |   |   |   |
| Choque cardiogénico |   |   |   |   |   |   |   |
| Coagulopatias |   |   |   |   |   |   |   |

|  |
| --- |
| Apresentação e discussão de casos clínicos |
|   | Apresentação/discussão | Validação do Tutor |
|   |   | Assinatura | Data |
| Caso clínico 11 |   |   |   |
| Caso clínico 12 |   |   |   |

**MEDICINA FETAL (12 MESES)**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Especialidade** | **Áreas** | **Duração** | **Local de estágio/ formação** |
|  |
| Ecografia, técnicas invasivas e consulta de patologia fetal | - Rastreio de patologia fetal- Diagnóstico de patologia fetal- Orientação | 7 meses | Centro de Diagnóstico Pré-Natal |
| Neonatalogia e cirurgia pediátrica | - Prematuridade- Patologia congénita “médica”- Patologia congénita “cirúrgica” | 1 mês | Unidade de cuidados intensivos neonatais, Cirurgia Pediátrica (bloco operatório, consulta externa, internamento) |
| Genética | - Patologia genética  | 2 meses | Consulta externa, Laboratórios de Genética |
| Anatomia patológica | - Perda gestacional precoce e tardia- Interrupção da gravidez | 1 mês | Serviço de Anatomia Patológica |
| Cardiologia Pediátrica | - Ecocardiograma fetal- Patologia cardíaca congénita | 1 mês | Ecocardiograma fetal, unidade de cuidados intensivos neonatais |

**ECOGRAFIA, TÉCNICAS INVASIVAS E CONSULTA DE PATOLOGIA FETAL** (7 meses)

Data: ……………………………

Tutor: ………………………….

AVALIAÇÃO DE COMPETÊNCIAS - CLÍNICAS E TÉCNICAS E/OU CONHECIMENTOS

|  |
| --- |
| **Diagnóstico e orientação de patologias fetais** |
|   | Nível de competência/ conhecimento | Validação do Tutor |
|   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | assinatura | data |
| Conhecimento das patologias fetais (sinais ecográficos, evolução pré-natal e pós-natal, possibilidade de intervenção):SNCCardíacoTórax e pulmonarGastro-intestinalRenalHidrópsiaDisplasias esqueléticasInfeção fetalDefeitos da parede abdominal |   |   |   |   |   |   |   |
| Identificação e orientação de patologias fetais complexas, incluindo recurso a procedimentos invasivos, terapêutica fetal médica, intervenção fetal e interrupção da gravidez |   |   |   |   |   |   |   |
| Identificação de situações de risco fetal (rastreio de aneuploidias, rastreio de parto pré-termo, história familiar de doença genética, patologia materno com risco de doença fetal) |   |   |   |   |   |   |   |
| Definição do plano de atuação perinatal (via do parto, procedimento EXIT), assim como assistência ao RN em risco |   |   |   |   |   |   |   |

|  |
| --- |
| **Orientação clínica e procedimentos de diagnóstico e de tratamento** |
|   | Nível de competência/ conhecimento  | Validação do Tutor |
|   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | assinatura | data |
| Ecografia do 1º trimestre |   |   |   |   |   |   |   |
| Ecografia morfológica |  |  |  |  |  |  |  |
| Avaliação de crescimento |  |  |  |  |  |  |  |
| Vigilância ecográfica de patologia fetal |  |  |  |  |  |  |  |
| Estudo Doppler em situações de restrição de crescimento |   |   |   |   |   |   |   |
| Estudo Doppler nas complicações da gravidez monocoriónica, anemia fetal |   |   |   |   |   |   |   |
| Amniocentese / Amniodrenagem |  |  |  |  |  |  |  |
| Outros procedimentos invasivos.Biópsia das vilosidades coriónicas· Cordocentese· *P*unção/drenagem de derrames fetais· Feticídio |  |  |  |  |  |  |  |
| Orientação e vigilância de gravidezes de alto risco fetal:. Feto com patologia genética· Feto com patologia morfológica· Gravidez múltipla monocoriónica |  |  |  |  |  |  |  |
| Orientação e indução de partos de alto risco fetal |  |  |  |  |  |  |  |
| Aconselhamento das pacientes/casais relativamente a questões de diagnóstico pré-natal e sua resolução/orientação |  |  |  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| Apresentação e discussão de casos clínicos |
|   | Apresentação/discussão | Validação do Tutor |
|   |   | Assinatura | Data |
| Caso clínico 13 |   |   |   |
| Caso clínico 14 |   |   |   |
| Caso clínico 15 |  |  |  |
| Caso clínico 16 |  |  |  |
| Caso clínico 17 |  |  |  |
| Caso clínico 18 |  |  |  |
| Caso clínico 19 |  |  |  |

**NEONATALOGIA E CIRURGIA PEDIÁTRICA** (1 MÊS)

Data: ……………………………

Tutor: ………………………….

AVALIAÇÃO DE COMPETÊNCIAS - CLÍNICAS E TÉCNICAS E/OU CONHECIMENTOS

|  |
| --- |
| **Abordagem neonatal da patologia fetal** |
|   | Nível de competência/ conhecimento | Validação do Tutor |
|   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | assinatura | data |
| Conhecimento sobre transição neonatal |   |   |   |   |   |   |   |
| Cuidados neonatais:. Apoio ventilatório· Apoio nutricional· Acessos vasculares |   |   |   |   |   |   |   |
| Cuidados neonatais ao RN com patologia:. Grande prematuro· Patologia respiratória (Má adaptação à vida extrauterina, taquipneia transitória do RN, RDS)· Patologia pulmonar malformativa (hérnia diafragmática, malformações pulmonares congénitas das vias aéreas)· Patologia renal (displasia renal, hidronefrose) |   |   |   |   |   |   |   |
| Abordagem cirúrgica da patologia neonatal: . Hérnia diafragmática· Defeito da parede· Patologia renal obstrutiva |  |  |  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| Apresentação e discussão de casos clínicos |
|   | Apresentação/discussão | Validação do Tutor |
|   |   | Assinatura | Data |
| Caso clínico 20 |   |   |   |

**GENÉTICA INCLUINDO LABORATÓRIO** (2 MESES)

Data: ……………………………

Tutor: ………………………….

AVALIAÇÃO DE COMPETÊNCIAS - CLÍNICAS E TÉCNICAS E/OU CONHECIMENTOS

|  |
| --- |
| **Abordagem genética da patologia fetal** |
|   | Nível de competência/ conhecimento | Validação do Tutor |
|   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | assinatura | data |
| Abordagem perante a suspeita de doença genética |   |   |   |   |   |   |   |
| Conhecimento sobre as principais patologias genéticas com manifestação pré-natal |   |   |   |   |   |   |   |
| Conhecimento sobre testes genéticos disponíveis em diagnóstico pré-natal (indicações, limitações, técnicas laboratoriais):·   Técnicas de citogenética·   Técnicas de biologia molecular·   Técnicas de citogenética molecular·   Exoma |   |   |   |   |   |   |   |

|  |
| --- |
| Apresentação e discussão de casos clínicos |
|   | Apresentação/discussão | Validação do Tutor |
|   |   | Assinatura | Data |
| Caso clínico 21 |   |   |   |
| Caso clínico 22 |  |  |  |

**ANATOMIA PATOLÓGICA** (1 MÊS)

Data: ……………………………

Tutor: ………………………….

AVALIAÇÃO DE COMPETÊNCIAS - CLÍNICAS E TÉCNICAS E/OU CONHECIMENTOS

|  |
| --- |
| **Abordagem anatomopatológica da patologia obstétrica e fetal** |
|   | Nível de competência/ conhecimento  | Validação do Tutor |
|   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | assinatura | data |
| Conhecimento dos protocolos de colheita para estudo anatomopatológico |   |   |   |   |   |   |   |
| Conhecimento dos protocolos de realização de estudo anatomopatológico |   |   |   |   |   |   |   |
| Patologia do 1º trimestre (doença neoplásica do trofoblasto, aborto recorrente) |  |  |  |  |  |  |  |
| Perda gestacional de causa infeciosa |  |  |  |  |  |  |  |
| Autópsia fetal ou neonatal |  |  |  |  |  |  |  |
| Patologia placentária |   |   |   |   |   |   |   |

|  |
| --- |
| Apresentação e discussão de casos clínicos |
|   | Apresentação/discussão | Validação do Tutor |
|   |   | Assinatura | Data |
| Caso clínico 23 |   |   |   |

**CARDIOLOGIA PEDIÁTRICA** (1 MÊS)

Data: ……………………………

Tutor: ………………………….

AVALIAÇÃO DE COMPETÊNCIAS - CLÍNICAS E TÉCNICAS E/OU CONHECIMENTOS

|  |
| --- |
| **Abordagem da patologia cardíaca fetal** |
|   | Nível de competência/ conhecimento  | Validação do Tutor |
|   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | assinatura | data |
| Conhecimento das principais cardiopatias congénitas (diagnóstico, evolução pré-natal e pós-natal) |   |   |   |   |   |   |   |
| Conhecimento das abordagens cirúrgicas disponíveis |   |   |   |   |   |   |   |
| Abordagem das alterações de ritmo |  |  |  |  |  |  |  |
| Ecocardiograma fetal |  |  |  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| Apresentação e discussão de casos clínicos |
|   | Apresentação/discussão | Validação do Tutor |
|   |   | Assinatura | Data |
| Caso clínico 24 |   |   |   |

**ATIVIDADE CIENTÍFICA**

**Projeto de investigação**

-Título ………………………………………………………………………………………………..

-Equipa de investigação …………………………………………………………………………….

-Financiamento (SIM /NÃO) por ………………………..……………………………………

**Publicação** (em revista internacional indexada na Medline)

- Título ………………………………………………………………………………………………..

-Autores ……………………………………………………………………………………………..

**CURSOS EFETUADOS**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Curso** | **Entidade responsável** | **Carga horária** | **Com/Sem avaliação** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

Assinatura do coordenador: ………………………….