

**CARACTERIZAÇÃO DOS SERVIÇOS PARA ATRIBUIÇÃO DE
IDONEIDADE FORMATIVA
CIRURGIA PLÁSTICA E RECONSTRUTIVA**

ASSINALE COM (X) OU PREENCHA A(S) QUADRICULA(S) QUANDO FOR CASO DISSO
ESCREVA COM LETRA LEGÍVEL QUANDO NECESSÁRIO

HOSPITAL

DEPARTAMENTO/SERVIÇO

Existência de idoneidade pela Ordem dos Médicos: Total Parcial ___ meses Não

A – IDONEIDADE ATRIBUÍDA

Por favor informe-nos, no quadro abaixo, relativamente ao último ano, quais os estágios e quais os respectivos internatos para os quais o Serviço é considerado idóneo pelos Colégios de Especialidades da Ordem dos Médicos.

ESTÁGIO	DURAÇÃO	INTERNATO

B – QUADRO MÉDICO preenchido

- Número de Chefes de Serviço
- Número de Assistentes Graduados.....
- Número de Assistentes Hospitalares
- Número de Assistentes Eventuais

- Número de Médicos do Internato Complementar:

1º ano	<input type="text"/>	4º ano	<input type="text"/>
2º ano	<input type="text"/>	5º ano	<input type="text"/>
3º ano	<input type="text"/>	6º ano	<input type="text"/>

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

- da mesma especialidade ...
- de outras especialidades ...

C - **DOCUMENTAÇÃO**

- ❖ Existe ARQUIVO CLINICO organizado ? Sim Não
 - Se SIM o arquivo clínico é Central do Serviço
 - O arquivo clínico está informatizado ? Sim Não
- ❖ Existe BIBLIOTECA organizada ? Sim Não
 - Se SIM a biblioteca é Central ou do Serviço
 - Existem livros básicos actualizados e específicos da especialidade? Sim Não
 - Recebem publicações periódicas da especialidade? Sim Não

D - **ACTIVIDADE CIENTIFICA**

- ❖ Realizam-se sessões clínicas? Semanais Quinzenais Não
- ❖ Número de trabalhos publicados no ano transacto
- ❖ Número de comunicações orais, fora do serviço, no ano transacto
- ❖ Outras actividades:.....
.....
.....
.....

E - MEIOS COMPLEMENTARES DE DIAGNÓSDTICO específicos

❖ Existem os necessários para o exercício da especialidade?..... Sim Não

❖ Se NÃO, quais são os que estão em falta?

.....

.....

.....

.....

F - SERVIÇO DE INTERNAMENTO

❖ Número de camas exclusivas da especialidade

❖ Número de internamentos no ano transacto

❖ Demora média no ano transacto dias

❖ Taxa de ocupação no ano transacto

❖ O serviço tem médico escalado permanentemente? Sim Não

❖ Observações :

.....

.....

.....

G - CONSULTA EXTERNA

❖ Número total de consultas no ano transacto

❖ Número de primeiras consultas no ano transacto

❖ Observações:

.....

.....

.....

H - Preencha este item sómente se a especialidade tiver escala de

SERVIÇO DE URGENCIA

- ❖ Autónoma e com presença física permanenteSim Não
- ❖ Autónoma, mas em regime de prevenção/chamadaSim Não
- ❖ Observações:
.....
.....
.....

I - **TÉCNICA / DIAGNÓSTICA / TERAPÊUTICA**

- ❖ Número de exames / intervenções executados no último ano ?
- ❖ Describa os principais exames / intervenções, e respectivo número total, efectuado no último ano:
 -
 -
 -
 -
 -
 -
 -
 -

J - **IDONEIDADE POR ESTÁGIO**

Atendendo a estas características, este Serviço pretende que lhe seja reconhecida idoneidade formativa para os seguintes estágios:

Estágio	Duração	Internato

K - RESPONSABILIDADE DESTA INFORMAÇÃO

EM:/...../.....
O DIRECTOR DO SERVIÇO:
Nome (em Maiúsculas):
Categoria:

em:/...../.....

O DIRECTOR DO INTERNATO MÉDICO:

Nome (em maiúsculas):