

**CARACTERIZAÇÃO DOS SERVIÇOS PARA
ATRIBUIÇÃO DE CAPACIDADES
FORMATIVAS
CARDIOLOGIA PEDIÁTRICA**

DEPARTAMENTO/SERVIÇO

HOSPITAL

DATA ____/____/____

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

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 colocados no Serviço / Departamento:

1º ano <input style="width: 50px;" type="text"/>	4º ano <input style="width: 50px;" type="text"/>
2º ano <input style="width: 50px;" type="text"/>	5º ano <input style="width: 50px;" type="text"/>
3º ano <input style="width: 50px;" type="text"/>	6º ano <input style="width: 50px;" 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 éCentral 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 – Preencha este item sómente se a especialidade recorre a

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 - Preencha este item sómente se a especialidade tiver

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 - Preencha este item sómente se a especialidade tiver

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 – Preencha este item sómente se a especialidade for

TÉCNICA / DIAGNÓSTICA / TERAPÊUTICA

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

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

Estágio	Duração	Internato

K - RESPONSABILIDADE POR ESTA INFORMAÇÃO

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

O DIRECTOR DO SERVIÇO:

Nome (em Maiúsculas):

Categoria:

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

O DIRECTOR DO INTERNATO MÉDICO:

Nome (em maiúsculas):