



**CARACTERIZAÇÃO DOS SERVIÇOS PARA ATRIBUIÇÃO DE
CAPACIDADES FORMATIVAS
GENÉTICA MÉDICA**

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

HOSPITAL

DEPARTAMENTO/SERVIÇO

A - Tem estrutura individualizada como SERVIÇO DE GENÉTICA MÉDICA, com funcionamento administrativo autónomo?Sim Não

B – DOTAÇÃO DE PESSOAL MÉDICO – exclusivamente médicos em tempo completo no serviço

- Diretor de Serviço de Genética Médica Sim Não
- Diretor de Serviço de Genética Médica com pelo menos cinco anos de exercício profissional contínuo como médico inscrito no colégio da especialidade de Genética Médica Sim Não
- Número de médicos com pelo menos cinco anos de exercício profissional contínuo como médico inscrito no colégio da especialidade de Genética Médica
- Número total de médicos inscritos no colégio da especialidade de Genética Médica
- Médicos em formação no Serviço:
 - Área profissional de especialização: Número:
 - Área profissional de especialização: Número:
 - Área profissional de especialização: Número:



C - DOTAÇÃO DE PESSOAL TÉCNICO SUPERIOR E ADMINISTRATIVO AFETOS EM PERMANÊNCIA AO SERVIÇO **SIM** **NÃO**

Especifique (número, diferenciação técnica e grau na carreira de todos os elementos):

.....
.....
.....
.....
.....

D - DOCUMENTAÇÃO

❖ Existe ARQUIVO CLINICO organizado ?Sim Não

• Se SIM o arquivo clínico é Central do Serviço

• O arquivo clínico está informatizado ?Sim Não

• Como se faz o acesso à informação?

.....
.....
.....

❖ 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

Especifique quais

.....
.....
.....



E – ACTIVIDADE CIENTIFICA

- ❖ Realizam-se sessões clínicas? Semanais Outra periodicidade Não
- ❖ Realizam-se *journal clubs*? Semanais Outra Não
- ❖ Realizam-se seminários? Semanais Outra Não
- ❖ Número de trabalhos publicados nos últimos 3 anos*
- ❖ Número de comunicações orais, fora do serviço, nos últimos 3 anos*
- ❖ Organização de reuniões científicas nos últimos 3 anos*
- ❖ Projectos de investigação próprios ou em colaboração, subsidiados*
- ❖ Outras actividades:.....
.....
.....

* - Anexar listas

F – ACTIVIDADE FORMATIVA

- ❖ Actividades de formação médica contínua nos últimos 3 anos*
- ❖ Actividades de formação permanente de outros profissionais de saúde, últimos 3 anos*

* - Anexar listas

G - MEIOS COMPLEMENTARES DE DIAGNÓSDTICO específicos

- ❖ Existem os necessários para o exercício da especialidade?..... Sim Não
- ❖ Se NÃO, quais são os que estão em falta?
.....
.....

H - CONSULTA EXTERNA

- ❖ Periodicidade das consultas
- ❖ Número de gabinetes disponíveis em cada período



- ❖ Número total de consultas no ano transacto
- ❖ Número de primeiras consultas no ano transacto
- ❖ Número de consultas ao internamento no ano transacto
- ❖ Discrimine as consultas especializadas/valências existentes.....
.....
.....
- ❖ Observações: (diga se há salas de reuniões/consulta de grupo e gabinetes de trabalho para internos):
.....
.....

I - LABORATÓRIO

Existem no serviço laboratórios de:

- ❖ Citogenética.....Sim Não
- ❖ Bioquímica.....Sim Não
- ❖ Genética Molecular.....Sim Não

J – TÉCNICAS DIAGNÓSTICAS / TERAPÊUTICA

❖ Descrimine os principais exames laboratoriais/ intervenções diagnosticas ou terapêuticas, e respectivo número total, efectuado no último ano:

- | | |
|------------------------------|------------------------------|
| • <input type="text"/> | • <input type="text"/> |
| • <input type="text"/> | • <input type="text"/> |
| • <input type="text"/> | • <input type="text"/> |
| • <input type="text"/> | • <input type="text"/> |
| • <input type="text"/> | • <input type="text"/> |



K - PROGRAMA DO INTERNATO

- ❖ O Serviço/a instituição permite cumprir integralmente a totalidade do programa e os tempos de duração dos estágios previstos no internato complementar de Genética Médica?Sim Não
- ❖ Se não, já tem protocolos de cooperação com outros Serviços/ instituições que permitam oferecer todos os outros estágios?Sim Não
- ❖ Se existem protocolos, discrimine os estágios, local e tempo:

Estágio	Duração (meses)	Local (Serviço e instituição)

❖ Observações:
.....
.....
.....

L - CAPACIDADE FORMATIVA

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

Observações:
.....
.....
.....



M - 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):