

ORDEM DOS MÉDICOS

COLÉGIO DE ESPECIALIDADE DE PEDIATRIA

Inquérito
para avaliação da Idoneidade e da Capacidade Formativa
dos Serviços de Pediatria

Ano: _____

Hospital: _____

O internato de Pediatria deve ser realizado em serviços e estabelecimentos de saúde, públicos ou privados, reconhecidos como idóneos para o efeito e de acordo com a sua capacidade formativa.

Considera-se idóneo para a realização de determinado estágio de um programa de formação, o estabelecimento ou serviço de saúde que possa garantir o cumprimento dos objectivos expressos para esse estágio e como tal seja reconhecido pela Ordem dos Médicos.

O reconhecimento da idoneidade dos estabelecimentos de saúde para a formação pediátrica é feito por despacho do Ministro da Saúde, sob proposta técnica do Colégio de Pediatria da Ordem dos Médicos.

Os dados obtidos através do presente inquérito constituem um instrumento fundamental para a atribuição de idoneidade e capacidade formativa aos serviços pela Direcção do Colégio de Pediatria. Esta atribuição depende também de outros aspectos, como visitas para avaliação das instalações e funcionamento, audição dos orientadores de formação e entrevista com os médicos internos actuais ou médicos formados recentemente nos respectivos serviços, pela Direcção do Colégio de Pediatria.

Abreviaturas:

SA = Serviço de Acolhimento

PGII = Pediatria Geral II

Índice

1	Identificação do Serviço.....	4
2	Recursos Médicos.....	4
2.1	Número de especialistas de Pediatria.....	4
2.2	Número de Internos do Internato Complementar	4
3	Instalações.....	5
3.1	Internamento de Pediatria Médica	5
3.2	Consulta Externa.....	6
3.3	Urgência	6
3.4	SO / UICD / OBS	7
4	Meios auxiliares de diagnóstico e terapêutica	7
5	Apoio de outras especialidades	7
6	Actividade Assistencial.....	8
6.1	Internamento em Pediatria (últimos 2 anos)	8
6.2	Hospital de dia (últimos 2 anos)	8
6.3	Consulta Externa (últimos 2 anos).....	9
6.4	Urgência (últimos 2 anos)	9
6.5	SO / UICD / OBS (últimos 2 anos).....	10
7	Formação e actividade científica.....	10
7.1	Orientadores de Formação.....	10
7.2	Sistemas de informação.....	10
7.3	Biblioteca.....	11
7.4	Meios audiovisuais	11
7.5	Reuniões.....	11
7.6	Trabalhos publicados	12
7.7	Trabalhos comunicados (oral e poster).....	13
7.8	Organização de Jornadas / Congressos.....	14
7.9	Projectos de investigação em curso.....	14
8	Humanização.....	15
9	Áreas diferenciadas - Estágios Obrigatórios	16
9.1	Neonatologia/Perinatologia.....	16
9.2	Cuidados Intensivos Neonatais	17
9.3	Cirurgia Pediátrica	18
9.4	Ortopedia Pediátrica.....	19
10	Áreas diferenciadas - Estágios Opcionais	20
11	Idoneidade e Capacidade Formativa.....	21
11.1	No ano anterior	21
11.2	Estágios Obrigatórios.....	21
11.3	Estágios Opcionais	22
12	Comentários finais e sugestões.....	23

1 Identificação do Serviço

Hospital: _____

Serviço: _____

Endereço: _____

Tel. _____

Fax: _____

e-mail: _____

Director de Serviço: _____

2 Recursos Médicos

2.1 Número de especialistas de Pediatria

Categoria	Quadro	Lugares preenchidos	Em dedicação exclusiva	Destacados noutras funções*
Chefe Serviço				
Ass. Grad.				
Ass. Hosp				
Outros Ass.				
TOTAL				

* Funções que reduzam significativamente o trabalho clínico (Ex. Director Clínico)

2.2 Número de Internos do Internato Complementar

Ano	Do Serviço	De outro Hospital	TOTAL
1º Ano			
2º Ano			
3º Ano			
4º Ano			
5º Ano			
TOTAL			

3 Instalações

3.1 Internamento de Pediatria Médica

Nº de camas de Internamento _____

Nº de camas de Hospital de dia _____

	<u>Sim</u>	<u>Não</u>
Quarto especial para isolamento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Instalações próprias para lactentes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Instalações próprias para adolescentes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sala para procedimentos técnicos especiais	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sala de actividades lúdicas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Separadas por grupos etários?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gabinete de acolhimento aos pais	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sala de trabalho para Internos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sala de reuniões	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nº de gabinetes dos médicos do Serviço _____		

3.2 Consulta Externa

Nº total de gabinetes de consulta _____

	<u>Sim</u>	<u>Não</u>
Área de consulta exclusiva da Pediatria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Que outras especialidades partilham o mesmo espaço	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Sala de espera exclusiva da Pediatria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sala de preparação da consulta (pesagem, etc)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gabinetes de consulta individuais	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sala de colheitas exclusiva da Pediatria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3.3 Urgência

	<u>Sim</u>	<u>Não</u>
Urgência pediátrica fisicamente separada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se não, tem espaço próprio dentro da Urgência Geral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sala de espera exclusiva da Pediatria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sala de triagem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gabinetes de consulta individuais	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sala de colheitas exclusiva da Pediatria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3.4 SO / UICD / OBS

	<u>Sim</u>	<u>Não</u>
Unidade de Internamento de curta duração integrando a Urgência	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nº de camas _____		
O SO / UICD / OBS é exclusivamente pediátrica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se não, tem espaço próprio dentro da Urgência Geral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4 Meios auxiliares de diagnóstico e terapêutica

	<u>Sim</u>	<u>Não</u>
Laboratório de Patologia Clínica 24h/dia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Serviço de sangue 24h/dia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Microbiologia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Imagiologia:		
Radiologia clássica 24h/dia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ecografia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TC	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5 Apoio de outras especialidades

	<u>Sim</u>	<u>Não</u>
Cirurgia em presença física 24h/dia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anestesia em presença física 24h/dia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ortopedia em presença física 24h/dia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Outros apoios: _____

6 Actividade Assistencial

Idade limite de atendimento (em anos, inclusivé):

Internamento

Consulta externa

Urgência

6.1 Internamento em Pediatria (últimos 2 anos)

Ano	Admitidos	Demora média (dias)	Taxa de ocupação

(Anexar estatística oficial do Hospital)

6.2 Hospital de dia (últimos 2 anos)

Ano	Admitidos	Demora média (dias)	Taxa de ocupação

(Anexar estatística oficial do Hospital)

Todas as crianças são internadas na enfermaria de Pediatria independentemente da patologia? S/N: _____

Se a resposta anterior for não, qual o local de internamento?

Serviço	nº de crianças / ano

6.3 Consulta Externa (últimos 2 anos)

Ano	Nº total de consultas do Serviço	Nº de 1 ^{as} consultas de Ped. Geral*	Nº de 2 ^{as} consultas de Ped. Geral	Rel. 1 ^{as} /2 ^{as}

* Consultar o Glossário da Direcção Geral de Saúde

Outras consultas do Serviço:

Especialidade	Nº de 1 ^{as} consultas	Nº de 2 ^{as} consultas	Rel. 1 ^{as} /2 ^{as}

(Anexar estatística oficial do Hospital)

6.4 Urgência (últimos 2 anos)

Ano	Total de inscrições	Média diária	% Internados no SO/UICD/OBS	% Internados na Enfermaria

(Anexar estatística oficial do Hospital)

Pediatra em presença física 24h/dia? S/N: _____

Se Sim Nº de Pediatras: ____

Se Não Regime: _____

6.5 SO / UICD / OBS (últimos 2 anos)

Ano	Admitidos	Demora média (horas)	Taxa de ocupação

(Anexar estatística oficial do Hospital)

7 Formação e actividade científica

7.1 Orientadores de Formação

Nome	Nº de Internos

Os Orientadores devem estar inscritos no Colégio de Pediatria

7.2 Sistemas de informação

	<u>Sim</u>	<u>Não</u>
Processo clínico único	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Resumo de alta de forma sistemática e enviado ao médico assistente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Acesso ao arquivo 24h/dia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7.3 Biblioteca

	<u>Sim</u>	<u>Não</u>
Existe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
É exclusiva do serviço de Pediatria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Existe um médico responsável	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Existe um funcionário permanente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nº de revistas de Pediatria de língua Portuguesa assinadas _____		
Nº de revistas de Pediatria de outras línguas e indexadas assinadas _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Há serviço de fotocópias facilmente acessível	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7.4 Meios audiovisuais

	<u>Sim</u>	<u>Não</u>
Projector de diapositivos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Retroprojector	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Videoprojector	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Computador	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Acesso à Internet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7.5 Reuniões

	<u>Sim</u>	<u>Não</u>
Reuniões de serviço sobre temas teóricos Periodicidade _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Reuniões de serviço sobre casos clínicos Periodicidade _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(Se **Sim**, anexar o programa do último ano).

7.6 Trabalhos publicados

Nº de trabalhos publicados nos últimos 3 anos: _____

Selecione, por favor, os dez mais importantes:

Titulo	Referência

7.7 Trabalhos comunicados (oral e poster)

Nº de comunicações apresentadas fora do serviço nos últimos 3 anos: _____

Selecione, por favor, as dez mais importantes:

Titulo	Reunião e Local da comunicação

7.8 Organização de Jornadas / Congressos

Sim Não

O Serviço organiza regularmente Jornadas/Congressos

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

(se **Sim**, anexar os programas)

7.9 Projectos de investigação em curso

Titulo	Entidade que patrocina

8 Humanização

Sim Não

Acompanhamento permanente das crianças pelos pais:

Dia

Noite

Que refeições são fornecidas, de forma sistemática ao acompanhante

Pequeno almoço

Almoço

Jantar

No caso de ainda não estarem a ser aplicados os direitos preconizados na Lei 21/81 e no Dec. Lei 26/87, que medidas foram tomadas ou estão a ser tomadas para a sua implementação?

9 Áreas diferenciadas - Estágios Obrigatórios

9.1 Neonatologia/Perinatologia

Responsável pelo sector: _____

Categoria: _____

Recursos médicos:

Categoria	Nº de médicos	Inscritos como sub-especialistas	Em dedicação exclusiva	Tem mais de 3 anos de actividade nesta área?
Chefe Serviço				
Ass. Grad.				
Ass. Hosp				
Ass Eventual				
TOTAL				

Movimento assistencial (últimos 2 anos):

Maternidade

Ano	Nº de camas	Nº de partos	Nº de RN	<1500g	1500-2499g	>4000g

Unidade de Cuidados Especiais de Neonatologia

Ano	Nº de camas	Admitidos	Demora média	Taxa de ocupação	Doentes tratados/cama

Consulta Externa de Neonatologia

Ano	1ª Consultas	2ª Consultas	Total	1ªs/2ªs

9.2 Cuidados Intensivos Neonatais

Responsável pelo sector: _____

Categoria: _____

Recursos médicos:

Categoria	Nº de médicos	Inscritos como sub-especialistas	Em dedicação exclusiva	Tem mais de 3 anos de actividade nesta área?
Chefe Serviço				
Ass. Grad.				
Ass. Hosp				
Ass Eventual				
TOTAL				

Movimento assistencial (últimos 2 anos)

Ano	Nº de camas	Admitidos	Demora média	Taxa de ocupação	Nº de ventilados	% mortalidade

Mortalidade para RN entre 500g e 1000g

Ano	Mortalidade fetal	Mortalidade neonatal precoce	Mortalidade perinatal

Nº de trabalhos publicados nos últimos 2 anos: _____

Nº de trabalhos comunicados fora do Serviço nos últimos 2 anos: _____

9.3 Cirurgia Pediátrica

Responsável pelo sector: _____

Categoria: _____

Recursos médicos:

Categoria	Nº de médicos	Em dedicação exclusiva	Tem mais de 3 anos de actividade nesta valência?
Chefe Serviço			
Ass. Grad.			
Ass. Hosp			
Ass Eventual			
TOTAL			

Movimento assistencial (últimos 2 anos)

Sim Não

Internamento em enfermaria própria

--	--

Internamento em enfermaria de Pediatria

--	--

Internamento

Ano	Nº de camas	Admitidos	Demora média	Taxa de ocupação	Mortalidade (%)

Consulta Externa

Ano	1ª Consultas	2ª Consultas	Total	1ªs/2ªs

9.4 Ortopedia Pediátrica

Responsável pelo sector: _____

Categoria: _____

Recursos médicos:

Categoria	Nº de médicos	Em dedicação exclusiva	Tem mais de 3 anos de actividade nesta valência?
Chefe Serviço			
Ass. Grad.			
Ass. Hosp			
Ass Eventual			
TOTAL			

Movimento assistencial (últimos 2 anos)

Sim Não

Internamento em enfermaria própria

--	--

Internamento em enfermaria de Pediatria

--	--

Internamento

Ano	Nº de camas	Admitidos	Demora média	Taxa de ocupação	Mortalidade (%)

Consulta Externa

Ano	1ª Consultas	2ª Consultas	Total	1ªs/2ªs

10 Áreas diferenciadas - Estágios Opcionais

(Por favor copie esta página para cada valência proposta)

Estágio: _____

Responsável pelo sector: _____

Categoria: _____

Recursos médicos:

Categoria	Nº de médicos	Em dedicação exclusiva	Tem mais de 3 anos de actividade nesta valência?
Chefe Serviço			
Ass. Grad.			
Ass. Hosp			
Ass Eventual			
TOTAL			

Movimento assistencial (últimos 2 anos)

Sim Não

Internamento em enfermaria própria

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

Internamento em enfermaria de Pediatria

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

Internamento

Ano	Nº de camas	Admitidos	Demora média	Taxa de ocupação	Mortalidade (%)

Consulta Externa

Ano	1ª Consultas	2ª Consultas	Total	1ªs/2ªs

11 Idoneidade e Capacidade Formativa

11.1 No ano anterior

	<u>Sim</u>	<u>Não</u>
Idoneidade para Serviço de Acolhimento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Idoneidade para Pediatria Geral II	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

11.2 Estágios Obrigatórios

Estágio	Ano anterior (vagas preenchidas)	Próximo ano (vagas pretendidas)
Serviço de Acolhimento		
Pediatria Geral II		
Neonatologia/Perinatologia		
Cuidados Intens. Neonatais		
Cirurgia Pediátrica		
Ortopedia Infantil		

Se deseja propor modificação da actual idoneidade, por favor indique sumariamente as razões:

Estágio	Justificação

11.3 Estágios Opcionais

Estágio	Ano anterior (vagas preenchidas)	Próximo ano (vagas pretendidas)

Se deseja propor modificação da actual idoneidade, por favor indique sumariamente as razões:

Estágio	Justificação

12 Comentários finais e sugestões

Número de páginas anexadas a este documento: _____

Descrição dos documentos anexos:

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____
7. _____
8. _____
9. _____
10. _____

Data: ____/____/____

Director de Serviço

(assinatura legível)