



ORDEM DOS MÉDICOS COLÉGIO DE GASTROENTEROLOGIA

ANO _____

- Assinale com "X" ou preencha o espaço em branco quando for caso disso
- Quando tiver de escrever, faça-o com letra legível
- Exceto quando especificamente solicitado o contrário, os números com que preencher este documento devem dizer respeito aos dados oficiais do seu hospital, e ser correspondentes ao ano anterior (ano em estudo)

HOSPITAL: _____

A. CARACTERIZAÇÃO DO SERVIÇO / UNIDADE / SECÇÃO

A Gastroenterologia no seu hospital é: SERVIÇO UNIDADE SECÇÃO

Idoneidade pela Ordem dos médicos? SIM NÃO

Se sim, a idoneidade é: TOTAL PARCIAL _____ meses

A-1

Tem autonomia administrativa? SIM NÃO

Tem diretor de serviço? SIM NÃO

O responsável pelo serviço está inscrito no colégio de especialidade de gastroenterologia?

SIM NÃO

Quantos especialistas do serviço estão inscritos no colégio de especialidade de gastroenterologia?



A-2 QUADRO MÉDICO (preencher também anexos 1 e 2) VAGAS PREENCHIDAS

Número de assistentes graduados sénior
Número de assistentes graduados ou equiparado
Número de assistentes hospitalares
Número de assistentes eventuais
Número de médicos internos
1º ANO ___ 2º ANO ___ 3º ANO ___ 4º ANO ___ 5º ANO ___

Número médio de internos de outros serviços/instituições a estagiar no serviço
Da mesma especialidade ___ De outras especialidades ___

Número de orientadores de formação ___

A-3 QUADRO DE ENFERMEIROS

INTERNAMENTO CONSULTA TÉCNICAS

Total de enfermeiros	_____	_____	_____
Enfermeiros chefes	_____	_____	_____
Enfermeiros especialistas	_____	_____	_____
Enfermeiros graduados	_____	_____	_____

A-4 PESSOAL ADMINISTRATIVO

INTERNAMENTO CONSULTA TÉCNICAS

Total	_____	_____	_____
Secretárias	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

A-5 ASSISTENTES OPERACIONAIS

INTERNAMENTO CONSULTA TÉCNICAS

TOTAL	_____	_____	_____
-------	-------	-------	-------



A-6 OUTRO PESSOAL

	INTERNAMENTO	CONSULTA	TÉCNICAS
TOTAL	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

B DOCUMENTAÇÃO (preencher também o anexo 3)

TEM PROCESSO CLÍNICO ORGANIZADO? SIM NÃO **INFORMATIZADO?** SIM NÃO

TEM ARQUIVO PARA AS TÉCNICAS? SIM NÃO **INFORMATIZADO?** SIM NÃO

TEM ARQUIVO ICONOGRÁFICO? SIM NÃO **INFORMATIZADO?** SIM NÃO

TEM BIBLIOTECA ORGANIZADA? SIM NÃO **CENTRAL** **E/OU NO SERVIÇO?**

TEM ACESSO FÁCIL E GRATUITO À INTERNET? SIM NÃO

NO SERVIÇO NOUTRO LOCAL? _____

Existem livros básicos atualizados e específicos da especialidade? SIM NÃO

Recebem publicações periódicas da especialidade? SIM NÃO



ATIVIDADE CIENTÍFICA (preencher também anexo 4)

Trabalhos publicados como artigo no ano em estudo SIM NÃO

Se sim, número total _____

Trabalhos publicados em revista indexada no ano em estudo SIM NÃO

Comunicações científicas no ano em estudo SIM NÃO

Número de comunicações orais _____ posters _____ outras _____

Número comunicações orais em congressos internacionais _____

Número de conferências / mesas redondas em que participaram elementos do serviço no ano em estudo _____

Número de conferências / mesas redondas internacionais em que participaram elementos do serviço no ano em estudo _____

Reuniões clínicas do serviço SIM NÃO

Periodicidade: semanal quinzenal mensal

Tipo de reuniões

temáticas bibliográficas anátomo-clínicas

outras discrimine: _____

INTERNAMENTO

O serviço tem camas exclusivas da especialidade? SIM NÃO Nº total _____

O serviço interna para camas não exclusivas? SIM NÃO

O serviço tem camas de hospital de dia SIM NÃO

Exclusivas (nº _____) Partilhadas

Número de doentes saídos de internamento no ano em estudo _____

Número de doentes saídos de internamento de camas do hospital de dia no ano em estudo _____

Demora média _____ dias (excluindo o internamento em hospital de dia)



D-1 UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS / INTERMÉDIOS

Unidade de cuidados intensivos No serviço No hospital

Número de camas _____ _____

Nº de doentes saídos no ano _____ _____

Unidade de cuidados intermédios no serviço no hospital

Número de camas _____ _____

Nº de doentes saídos no ano _____ _____

E CONSULTA EXTERNA

Todos os períodos têm supervisão por especialista? SIM NÃO

Nº total de consultas no ano em estudo _____ nº de 1^{as} consultas _____(____%)

O serviço tem consulta externa diferenciada? SIM NÃO

TIPO DE CONSULTA	Nº TOTAL /ANO	Nº PRIMEIRAS / ANO
GASTROENTEROLOGIA <input type="checkbox"/>	_____	_____
HEPATOLOGIA <input type="checkbox"/>	_____	_____
PROCTOLOGIA <input type="checkbox"/>	_____	_____
NUTRIÇÃO <input type="checkbox"/>	_____	_____
D.I.INTESTINO <input type="checkbox"/>	_____	_____
_____ <input type="checkbox"/>	_____	_____
_____ <input type="checkbox"/>	_____	_____



F SERVIÇO DE URGÊNCIA

O HOSPITAL TEM SERVIÇO DE URGÊNCIA? SIM NÃO

URGÊNCIA DE GASTROENTEROLOGIA SIM NÃO

REGIME: PRESENÇA FÍSICA PREVENÇÃO CHAMADA

HORÁRIO: 24 HORAS OUTRO DAS ____:____ ÀS ____:____

ENDOSCOPIA DE URGÊNCIA SIM NÃO DIAGNÓSTICA TERAPÊUTICA

Participação do serviço em urgência noutra hospital (ex. urgência regional).

Discrimine:

G EXAMES COMPLEMENTARES

INSTALAÇÕES

UNIDADE CONSTRUÍDA DE RAIZ UNIDADE ADAPTADA OUTRA

CONSTITUIÇÃO

EXCLUSIVAS

PARTILHADAS

Nº TOTAL DE SALAS DE EXAMES

SALAS COM FLUOROSCOPIA

ÁREA DE RECOBRO SIM NÃO CAMAS:

APOIO DE ANESTESISTA SIM NÃO (Nº DE SESSÕES / SEMANA _____)

SALA DE DESINFEÇÃO SIM NÃO EXCLUSIVA PARTILHADA

CONSENTIMENTO INFORMADO SIM NÃO



TÉCNICAS		ROTINA (Nº)	URGÊNCIA(Nº)
ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	_____	_____
SIGMOIDOSC. / COL. ESQUERDA	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	_____	_____
COLONOSCOPIA TOTAL	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	_____	_____
ILEOSCOPIA	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	_____	_____
ECOENDOSCOPIA ALTA	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	_____	_____
ECOENDOSCOPIA BAIXA	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	_____	_____
PUNÇÃO GUIADA ECOENDOSC.	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	_____	_____
GASTROSTOMIA	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	_____	_____
JEJUNOSTOMIA	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	_____	_____
ENTEROSCOPIA	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	_____	_____
CPRE	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	_____	_____
ESFINTEROTOMIA	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	_____	_____
PRÓTESES BILIARES / PANCR.	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	_____	_____
CÁPSULA ENDOSCÓPICA	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	_____	_____
POLIPECTOMIA (ALTA/BAIXA)	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	_____	_____
EXTRACÇÃO CORPOS ESTRANHOS	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	_____	_____
LAQUEAÇÃO ELÁSTICA DE VARIZES	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	_____	_____
ESCLEROTERAPIA DE VARIZES	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	_____	_____
ESCLEROTER. (NÃO VARICOSA)	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	_____	_____
BICAP / HEATER PROBE ...	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	_____	_____
DILATAÇÃO ESOFÁGICA / CÓLON	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	_____	_____
PRÓTESES (ESOF/GASTR/ENTERIC)	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	_____	_____
COLOCAÇÃO SONDAS ENTÉRICAS	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	_____	_____



ÁRGON	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	_____	_____
LASER	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	_____	_____
DISSECÇÃO ENDOSC. MUCOSA	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	_____	_____
TERAPÊUTICA FOTODINÂMICA	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	_____	_____
BIOPSIA HEPÁTICA PERCUTÂNEA	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	_____	_____
BIOPSIA HEPÁTICA TRANSJUGUL.	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	_____	_____
ECOGRAFIA ABOMINAL	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	_____	_____
MANOMETRIA ESOFÁGICA	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	_____	_____
MANOMETRIA ANORECTAL	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	_____	_____
DEFECOGRAFIA	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	_____	_____
IMPEDÂNCIA	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	_____	_____
PhMETRIA	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	_____	_____
TESTES RESPIRATÓRIOS	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	_____	_____
LAQUEAÇÃO ELÁSTICA HEMOR.	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	_____	_____
CRIOCOAGULAÇÃO HEMOR.	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	_____	_____
FOTOCOAGULAÇÃO HEMOR.	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	_____	_____
ESCLEROTERAPIA HEMORRID.	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	_____	_____
COLANGIOGRAFIA PERCUTÂNEA	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	_____	_____
DRENAGEM BILIAR PERCUTÂNEA	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	_____	_____
PRÓTESES BILIARES VIA PERCUT.	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	_____	_____
LITOTRÍCIA EXTRACORPORAL	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	_____	_____
_____	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	_____	_____
_____	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	_____	_____
_____	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	_____	_____



PROGRAMA DO INTERNATO

Prevê ter idoneidade total?

SIM

NÃO

Se prevê não ter idoneidade total, o seu serviço / hospital

Tem algum protocolo de cooperação com outra instituição?

SIM

NÃO

Se existe protocolo, descrimine os estágios previstos, locais e tempo

ESTÁGIO	LOCAL	TEMPO (MESES)

OBSERVAÇÕES

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

Justificação: _____



ORDEM
DOS
MÉDICOS

RESPONSABILIDADE DO PREENCHIMENTO DESTE FORMULÁRIO

Director do serviço (nome, em maiúsculas) _____

Categoria hospitalar: _____

Assinatura: _____

Local e data: _____ / ____ / ____



ORDEM
DOS
MÉDICOS

ANEXO 1 LISTA DE MÉDICOS

NOME CLÍNICO	FUNÇÕES / CATEGORIA	HORÁRIO TOTAL (HORAS/ SEMANA)	TEMPO ACTIVIDADE ASSISTENCIAL (EXCLUI S. URGÊNCIA)	TEMPO DEDICADO AO S.U. (HORAS/ SEMANA)	NÚMERO DE INTERNOS DE QUE É ORIENTADOR



ANEXO 2 MÉDICOS INTERNOS

NOME	ANO DE INTERNATO



ORDEM
DOS
MÉDICOS

ANEXO 3 ACESSO A MATERIAL CIENTÍFICO

PUBLICAÇÕES (LIVROS / REVISTAS / BASES DE DADOS) ACESSÍVEIS NO SERVIÇO E/OU NO HOSPITAL



ANEXO 4 PUBLICAÇÕES CIENTÍFICAS COMO ARTIGO NO ANO EM ESTUDO

TÍTULO	AUTORES	REFERÊNCIA