

**SERVIÇO**:

**Nº Serviço:**

**Nome:**

**CNPJ:**

**Endereço:**

**Cidade: UF: CEP:**

**Telefone:** ( ) **Telefax:**

**E-mail: Site:**

**Motivo da Vistoria**: ( ) Credenciamento ( ) Aumento do número de vagas ( ) Recredenciamento

**Número vagas solicitado:**

**Hospital possui COREME: Sim ( ) Não ( )**

**Credenciado MEC: Sim ( ) Não ( ) Ano credenciamento:**

**Número vagas MEC/ano:**

**Número vaga SBOT: Ano Credenciamento:**

**Nome do Chefe de Serviço:**

**Nº T.E.O.T:**

**Ano de Obtenção (mínimo de 5 anos):**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **I - CARACTERIZAÇÃO GERAL DO PROGRAMA** | | | | |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  | **Coluna do vistoriador** | |
| **I.1- Modo de Inserção do Programa** | **Sim ou Não** |  | Conforme | Não Conforme |
| Hospital de ensino |  |  | □ | □ |
| Hospital geral |  |  | □ | □ |
| Hospital ortopédico |  |  | □ | □ |
| Hospital privado |  |  | □ | □ |
| Hospital público Federal ( ) Estadual ( ) Municipal ( ) |  |  | □ | □ |
| Credenciado ao SUS |  |  | □ | □ |
|  |  |  |  |  |
| b) Programa de residência médica em outras especialidades |  |  | □ | □ |
|  |  |  |  |  |
| **Citar as Especialidades:** | |  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| **c) Nível de complexidade do Hospital** | **(X)** |  |  |  |
| Primário |  |  | □ | □ |
| Secundário |  |  | □ | □ |
| Terciário |  |  | □ | □ |
| Quaternário |  |  | □ | □ |
|  |  |  |  |  |
| **d) Assistência semanal do Serviço de Ortopedia** | **Nº** |  |  |  |
| Procedimentos cirúrgicos / |  |  | □ | □ |
| Atendimentos ambulatoriais / |  |  | □ | □ |
| Atendimentos de pronto socorro |  |  | □ | □ |
| Internações |  |  | □ | □ |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **II – ESTRUTURA DO SERVIÇO DE ORTOPEDIA** | | | |  | **Coluna do vistoriador** | |
| **II. 1 - Ambulatórios de subespecialidades e serviços de apoio** | **Próprio Hospital** | **Número atendimentos** | **Estágio externo** |  | Conforme | Não Conforme |
| Ambulatório de Ombro e Cotovelo (\*) |  |  |  |  | □ | □ |
| Ambulatório de Mão e Punho (\*) |  |  |  |  | □ | □ |
| Ambulatório de Coluna (\*) |  |  |  |  | □ | □ |
| Ambulatório de Quadril (\*) |  |  |  |  | □ | □ |
| Ambulatório de Joelho (\*) |  |  |  |  | □ | □ |
| Ambulatório de Pé e Tornozelo (\*) |  |  |  |  | □ | □ |
| Ambulatório de Ortopedia Pediátrica (\*) |  |  |  |  | □ | □ |
| Ambulatório de Oncologia Ortopédica (\*) |  |  |  |  | □ | □ |
| Ambulatório de Trauma (\*) |  |  |  |  | □ | □ |
| Ambulatório de Traumatologia do Esporte |  |  |  |  | □ | □ |
| Ambulatório de Reconstrução e Alongamento Ósseo |  |  |  |  | □ | □ |
| Ambulatório de Doenças Osteometabólicas |  |  |  |  | □ | □ |
| Ambulatório de Microcirurgia |  |  |  |  | □ | □ |
| Ambulatório de Fisiatria |  |  |  |  | □ | □ |
| Ambulatório de Reumatologia |  |  |  |  | □ | □ |
| Ambulatório de Neurologia |  |  |  |  | □ | □ |
| Fisioterapia |  |  |  |  | □ | □ |
|  | | | |  |  |  |
| **(\*) Obrigatório. No caso do estágio ser realizado fora do serviço enviar comprovante do convênio com a outra instituição, constando o ano da residência que acontecerá o estágio (R1, R2 ou R3), carga horária e o profissional responsável (nome e TEOT).** | | | |  |
|  | | | |  |  |
| **II.2- Geral** | | | **Nº** |  |  |  |
| Consultórios disponíveis ambulatório ortopedia | | |  |  | □ | □ |
| Salas para pequenos procedimentos ambulatório | | |  |  | □ | □ |
| Sala de gesso no ambulatório | | |  |  | □ | □ |
| Consultórios no pronto atendimento | | |  |  | □ | □ |
| Sala gesso no pronto atendimento | | |  |  | □ | □ |
| Salas de politrauma | | |  |  | □ | □ |
| Leitos de terapia intensiva | | |  |  | □ | □ |
| Salas em centro cirúrgico | | |  |  | □ | □ |
| Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH) | | |  |  | □ | □ |
| Leitos de enfermaria geral/ ortopedia | | | / |  | □ | □ |
| Leitos de pronto socorro geral/ ortopedia | | | / |  | □ | □ |
| Leitos para ortopedia pediátrica | | |  |  | □ | □ |
| Procedimentos cirúrgicos ortopédicos emergenciais/semana | | |  |  | □ | □ |
| Procedimentos cirúrgicos ortopédicos eletivos/semana | | |  |  | □ | □ |
| Atendimentos de pronto socorro ortopédicos/semana | | |  |  | □ | □ |
| Atendimentos ambulatoriais ortopédicos/semana | | |  |  | □ | □ |
| Internações eletiva/semana ortopedia | | |  |  | □ | □ |
| Internações emergenciais/semana ortopedia | | |  |  | □ | □ |
| **II. 3 – Exames complementares** | | | **Sim ou Não** |  |  |  |
| Anatomia patológica | | |  |  | □ | □ |
| Radiografia | | |  |  | □ | □ |
| Ultrassonografia | | |  |  | □ | □ |
| Tomografia computadorizada | | |  |  | □ | □ |
| Ressonância magnética | | |  |  | □ | □ |
| Laboratório de Análises Clínicas | | |  |  | □ | □ |
| Medicina Nuclear | | |  |  | □ | □ |
| Eletroneuromiografia | | |  |  | □ | □ |
| Densitometria óssea | | |  |  | □ | □ |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **II. 4 - Equipamentos especiais** | **Sim ou Não** |  |  |  |
| Videoartroscopia |  |  | □ | □ |
| Mesa ortopédica |  |  | □ | □ |
| Intensificador de imagem |  |  | □ | □ |
| **II. 5 - Infraestrutura de ensino** |  |  |  |  |
| Auditório com recurso audiovisual |  |  | □ | □ |
| Sala de reuniões |  |  | □ | □ |
| Sala estudos para os residentes |  |  | □ | □ |
| Comissão de Residência Médica (COREME) |  |  | □ | □ |
| Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) |  |  | □ | □ |
| Biblioteca |  |  | □ | □ |
| Bibliografia CET atualizada física / eletrônica |  |  | □ | □ |
|  |  |  |  |  |
| Acesso periódicos nacionais / internacionais |  |  | □ | □ |
| O serviço promove evento científico? |  |  | □ | □ |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **III - CORPO CLÍNICO** | | | |  |  |  |
|  | | | |  |  |  |
| **III.1- INFORMAÇÕES GERAIS DO SERVIÇO DE ORTOPEDIA** | **Nº** |  |  |  | Conforme | Não Conforme |
| Total de ortopedistas |  |  |  |  | □ | □ |
| Número de ortopedista com TEOT |  |  |  |  | □ | □ |
| Número total de preceptores |  |  |  |  | □ | □ |
| Número total de residentes | R1 ( ) | R2 ( ) | R3 ( ) |  | □ | □ |
| Número de residentes SBOT (especializandos) | R1 ( ) | R2 ( ) | R3 ( ) |  | □ | □ |
| Número de residentes MEC | R1 ( ) | R2 ( ) | R3 ( ) |  | □ | □ |
| Bolsa para os residentes |  | Valor | R$ |  | □ | □ |
| Número total de especializandos em subespecialidades (R4) |  |  |  |  | □ | □ |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| **III. 2 - VÍNCULO COM A INSTITUIÇÃO** | | | **Nº** |  |  |  |
| Concursado | | |  |  | □ | □ |
| Contratado | | |  |  | □ | □ |
| Voluntário | | |  |  | □ | □ |
| Terceirizado | | |  |  | □ | □ |
| Comissionado (cedido por outra instituição) | | |  |  | □ | □ |
| Prestador de serviço | | |  |  | □ | □ |
|  |  |  |  |  |  |  |
| **III. 3 - TITULAÇÃO** | | | |  |  |  |
| **Vale apenas o título máximo de cada docente** | | | **Nº** |  |  |  |
| Mestre | | |  |  | □ | □ |
| Doutor | | |  |  | □ | □ |
| Pós doutor | | |  |  | □ | □ |
| Livre Docente | | |  |  | □ | □ |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **IV - ATIVIDADES DE FORMAÇÃO** | | | |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| **IV. 1 - ATIVIDADES DIDÁTICAS SEMANAIS** | | | **Nº** |  | Conforme | Não Conforme |
| Discussão de artigos | | |  |  | □ | □ |
| Discussão de casos | | |  |  | □ | □ |
| Seminários | | |  |  | □ | □ |
| Aula dos preceptores | | |  |  | □ | □ |
| Aulas dos residentes | | |  |  | □ | □ |
| Visita à enfermaria | | |  |  | □ | □ |
| Reunião clínica geral (corpo clínico) | | |  |  | □ | □ |
| Reunião com residentes | | |  |  | □ | □ |
|  |  |  |  |  |  |  |
| **IV. 3- ATIVIDADES ASSISTENCIAIS** | **<10** | **10 a 30** | **>30** |  |  |  |
| Pacientes atendidos no ambulatório por residente / dia |  |  |  |  | □ | □ |
| Pacientes atendidos na emergência por residente / dia |  |  |  |  | □ | □ |
|  | **<8** | **8 a 16** | **>16** |  |  |  |
| Cirurgias eletivas por residente / mês |  |  |  |  | □ | □ |
| Cirurgias urgência por residente / mês |  |  |  |  | □ | □ |
|  |  |  |  |  |  |  |
| **IV. 4 - ATIVIDADES EM PESQUISA E EVENTOS CIENTÍFICOS DOS MÉDICOS RESIDENTES** | | | **Nº** |  |  |  |
| Apresentação de Tema livre | | |  |  | □ | □ |
| Publicação de Trabalho científico em revista indexada | | |  |  | □ | □ |
| Participação em eventos científicos | | |  |  | □ | □ |
|  |  |  |  |  |  |  |
| **IV. 5 - PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS REALIZADOS POR ANO NAS ESPECIALIDADES E PARTICIPAÇÃO DO RESIDENTE (média nos últimos 3 anos)** | **Nº cirurgias** | **Cirurgião** | **Auxiliar** |  |  |  |
| Ortopedia Pediátrica |  |  |  |  | □ | □ |
| Oncologia Ortopédica |  |  |  |  | □ | □ |
| Trauma Ortopédico |  |  |  |  | □ | □ |
| Ombro e Cotovelo |  |  |  |  | □ | □ |
| Mão e Punho |  |  |  |  | □ | □ |
| Coluna |  |  |  |  | □ | □ |
| Quadril |  |  |  |  | □ | □ |
| Joelho |  |  |  |  | □ | □ |
| Pé e Tornozelo |  |  |  |  | □ | □ |
| Reconstrução e Alongamento Ósseo |  |  |  |  | □ | □ |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **V - ATIVIDADES DE PESQUISA E PRODUÇÃO CIENTÍFICA DO SERVIÇO**  **(nos últimos 5 anos)** | |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  | **Nº** |  | Conforme | Não Conforme |
| Artigos publicados |  |  | □ | □ |
| Capítulos de livros |  |  | □ | □ |
| Organização de livros |  |  | □ | □ |
| Trabalhos apresentados em congresso (oral, pôster, e-pôster) |  |  | □ | □ |
| Dissertações defendidas - Mestrado |  |  | □ | □ |
| Teses defendidas - Doutorado |  |  | □ | □ |
| Teses defendidas - Pós-Doutorado |  |  | □ | □ |
| Teses defendidas - Livre docência |  |  | □ | □ |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **VI – AVALIAÇÃO RESIDENTES** | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |
| Descrever como é realizada a avaliação dos residentes: | | | | | |
|
|
|
|
|
|
|

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Semana padrão do R1 (detalhar as atividades)** | | | |  |  |  |  |
|  | **Segunda** | **Terça** | **Quarta** | **Quinta** | **Sexta** | **Sábado** | **Domingo** |
| **Manhã** |  |  |  |  |  |  |  |
| **Tarde** |  |  |  |  |  |  |  |
| **Noite** |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Semana padrão do R2 (detalhar atividades)** | | | |  |  |  |  |
|  | **Segunda** | **Terça** | **Quarta** | **Quinta** | **Sexta** | **Sábado** | **Domingo** |
| **Manhã** |  |  |  |  |  |  |  |
| **Tarde** |  |  |  |  |  |  |  |
| **Noite** |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Semana padrão do R3 (detalhar atividades)** | | | |  |  |  |  |
|  | **Segunda** | **Terça** | **Quarta** | **Quinta** | **Sexta** | **Sábado** | **Domingo** |
| **Manhã** |  |  |  |  |  |  |  |
| **Tarde** |  |  |  |  |  |  |  |
| **Noite** |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **VI– INFORMAÇÕES SOBRE O CORPO DOCENTE:** | | | | | |
|  |  |  |  |  | |
| **CORPO DOCENTE DO PROGRAMA DE TREINAMENTO EM ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA** | | | | | |
|  |  |  |  |  | |
| **CHEFE DO SERVIÇO**: |  |  |  |  | |
| Nome: | | | | | |
| Títulos Universitários: | | | | | |
| Número do T.E.O.T.: | | | | | |
| Ano de obtenção (mínimo de 5 anos): | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  | |
| Endereço para correspondência: | | | | | |
| Bairro: | | | | | |
| CEP: | | | | | |
| Cidade: Estado: | | | | | |
| Celular: ( ) | | | | | |
| Telefone Residencial: ( ) | | | | | |
| Telefone Comercial 1: ( ) | | | | | |
| E-Mail: | | | | | |
|  |  |  |  |  | |
|  |  |  |  |  | |
| **SUPERVISOR/ COORDENADOR OU PRECEPTOR DO PROGRAMA DE TREINAMENTO**: | | | | | |
| Nome: |  |  |  |  |  |
| Títulos Universitários: |  |  |  |  |  |
| Número do T.E.O.T.: |  |  |  |  |  |
| Ano de obtenção (mínimo de 5 anos): |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| Endereço para correspondência: |  |  |  |  |  |
| Bairro: |  |  |  |  |  |
| CEP: |  |  |  |  |  |
| Cidade: Estado: | | | | | |
| Celular: | | | | | |
| Telefone Residencial: ( ) | | | | | |
| Telefone Comercial 1: ( ) | | | | | |
| Fax: ( ) | | | | | |
| E-Mail: | | | | | |
|  |  |  |  |  | |
|  |  |  |  |  | |
| Profissionais responsáveis pelos atendimentos (ambulatório e cirurgias) das subespecialidades. Anexar comprovante da respectiva sociedade de especialidade ou comprovação de formação específica. | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |
| Nome: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | |
| TEOT Nº: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Ano: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | |  |  |  |
| Área: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | |

**Relacionar a seguir os Médicos Ortopedistas que fazem parte do Serviço, citando o nome completo, o número do T.E.O.T. e sua data de obtenção, área de atuação e carga horária semanal desenvolvida no Programa de Treinamento em Ortopedia e Traumatologia.**

Nome:

T.E.O.T. n.º: Ano:

Área: Carga Horária: /semana

Nome:

T.E.O.T. n.º: Ano:

Área: Carga Horária: /semana

Nome:

T.E.O.T. n.º: Ano:

Área: Carga Horária: /semana

Nome:

T.E.O.T. n.º: Ano:

Área: Carga Horária: /semana

Nome:

T.E.O.T. n.º: Ano:

Área: Carga Horária: /semana

Nome:

T.E.O.T. n.º: Ano:

Área: Carga Horária: /semana

Nome:

T.E.O.T. n.º: Ano:

Área: Carga Horária: /semana

Nome:

T.E.O.T. n.º: Ano:

Área: Carga Horária: /semana

Nome:

T.E.O.T. n.º: Ano:

Área: Carga Horária: /semana

Nome:

T.E.O.T. n.º: Ano:

Área: Carga Horária: /semana

Nome:

T.E.O.T. n.º: Ano:

Área: Carga Horária: /semana

Nome:

T.E.O.T. n.º: Ano:

Área: Carga Horária: /semana

Nome:

T.E.O.T. n.º: Ano:

Área: Carga Horária: /semana

Nome:

T.E.O.T. n.º: Ano:

Área: Carga Horária: /semana

Nome:

T.E.O.T. n.º: Ano:

Área: Carga Horária: /semana

Nome:

T.E.O.T. n.º: Ano:

Área: Carga Horária: /semana

Nome:

T.E.O.T. n.º: Ano:

Área: Carga Horária: /semana

Nome:

T.E.O.T. n.º: Ano:

Área: Carga Horária: /semana

Nome:

T.E.O.T. n.º: Ano:

Área: Carga Horária: /semana

Nome:

T.E.O.T. n.º: Ano:

Área: Carga Horária: /semana

Nome:

T.E.O.T. n.º: Ano:

Área: Carga Horária: /semana

Nome:

T.E.O.T. n.º: Ano:

Área: Carga Horária: /semana

Nome:

T.E.O.T. n.º: Ano:

Área: Carga Horária: /semana

Nome:

T.E.O.T. n.º: Ano:

Área: Carga Horária: /semana

Observações / orientações do vistoriador:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Vistoriador 1 (CET) Vistoriador 2 (CET)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Supervisor do Programa CHEFE do SERVIÇO