

**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