# SBCCV - Relatório de Visita de Verificação

# Dados Institucionais do Centro de Treinamento

**Instrumento de Avaliação**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Nome da Instituição** |  | | |
| **Natureza**  **(vide item IA 1)** |  | | |
| **Endereço** |  | | |
| **Telefone** |  | **FAX** |  |
| **E-mail da Instituição** |  | **E-mail do Serviço CCV** |  |
| **Nome do Membro Titular da SBCCV** |  | | |
| **Órgão Mantenedor da Bolsa** |  | | |

# PRMs / Especialidade(s) a ser(em) visitadas : (todos os PRMs a serem visitados devem ser listados)

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nome do PRM** | **Motivo Visita**  (marque a opção do motivo informando pela CNRM para visita em cada PRM) | | **Total de Vagas Credenciadas** | | **Situação Atual** (N° residentes em curso) | | **Total de Vagas Solicitadas** |
|  | Autorização |  | R1 |  | R1 |  |  |
| Reconhecimento |  | R2 |  | R2 |  |  |
| Renovação de Reconhecimento |  | R3 |  | R3 |  |  |
|  |  | R4 |  | R4 |  |  |
|  | | R5 |  | R5 |  |  |

**I - Dimensão Institucional**

**I.A - Modo de Relacionamento do Programa**

**I.A 1- Natureza da Sede do Programa**

|  |  |
| --- | --- |
| **Local** | **Sim** |
| Hospital Universitário |  |
| Hospital de Ensino |  |
| Hospital Estadual |  |
| Hospital Municipal |  |
| Hospital Privado |  |
| Hospital Filantrópico |  |
| Órgão de Secretaria Estadual de Saúde |  |
| Órgão de Secretaria Municipal de Saúde |  |
| Outra |  |
| Descreva: | |

**I.A 2 - Relacionamento Acadêmico**

|  |  |
| --- | --- |
| **Local** | **Sim** |
| Faculdade de Medicina |  |
| Instituição com Internato Médico |  |
| Instituição já com PRM(s) autorizado(s) em curso |  |
| Outro |  |
| Descreva | |

|  |
| --- |
| **Estado / Cidade / Serviço** |
| Estado |
| Cidade |
| Serviço |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Região do País** | **Sim** | **Não** |
| Norte |  |  |
| Nordeste |  |  |
| Centro-Oeste |  |  |
| Sudeste |  |  |
| Sul |  |  |

**I.B - Perfil Institucional**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Sim** | **Não** |
| A instituição serve de referência local na prestação de serviços de saúde? |  |  |
| A instituição serve de referência regional na prestação de serviços de saúde? |  |  |
| Possui intercâmbio com instituições de excelência? |  |  |
| Possui convênios documentados com outras instituições para realização de atividades da Especialização? |  |  |
| Há programas de pós-graduação regulamentados que contribuem para a formação dos especializandos? |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Existência das Comissões previstas na legislação** | **Sim** | **Não** |
| Documentação Médica e Estatística |  |  |
| Ética |  |  |
| Ética em Pesquisa |  |  |
| Infecção Hospitalar |  |  |
| Óbito |  |  |
| Prontuário |  |  |
| Resíduos |  |  |
| Vigilância Epidemiológica |  |  |
| Outras  Cite-as: |  |  |

**Comentários do Avaliador**

**I.C 2 – Avaliação Acadêmica**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Sim** | **Não** |
| O processo seletivo de admissão de Especializandos cumpre as normas da SBCCV? Anexe documentação comprobatória |  |  |
| O Serviço CCV organiza o processo seletivo através comissão específica? |  |  |
| O edital de concurso é submetido a instância jurídica competente para autorização de divulgação? |  |  |
| Existe padronização institucional para a aferição de pontuação específica nas diversas etapas? Anexe documentação comprobatória |  |  |
| A Análise de Currículo segue padronização institucional de itens e pontuações específicas para cada item? Anexe documentação comprobatória |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **O Processo Seletivo é composto por:** | **Sim** | **Não** |
| Prova Discursiva |  |  |
| Prova Múltipla Escolha |  |  |
| Prova Multimídia |  |  |
| Avaliação Clínica Estruturada e Objetiva |  |  |
| Paciente Simulado |  |  |
| Paciente Real |  |  |
| Análise de Currículo |  |  |

**I.C 3 – Coordenador da Especialização**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nome Completo** |  | | | | | |
| **CPF/MF nº** |  | | | | | |
|  | **Sim** | **Não** | **NA** |  |  | **Marque opções** |
| **Possui Título de Especialista?** |  |  |  |  | Mestrado |  |
| **< 5 anos** |  |  |  |  | Doutorando |  |
| **5 – 10 anos** |  |  |  |  | Livre Docência |  |
| **> 10 anos** |  |  |  |  | Membro Titular |  |
| **Tempo (em horas semanais) dedicado á Especialização** | |  | | | | |

**I.D - Produção Científica da Instituição nos últimos 5 anos**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Quantidade** | | | | | |
| **zero** | **até 5** | **de 5 a 10** | **de 10 a 20** | **de 20 a 50** | **> que 50** |
| Artigos publicados em revistas indexadas |  |  |  |  |  |  |
| Artigos publicados em outras revistas |  |  |  |  |  |  |
| Capítulos de livros |  |  |  |  |  |  |
| Autoria de livros (co-autoria de livros) |  |  |  |  |  |  |
| Edição/organização de livros |  |  |  |  |  |  |
| Resumos publicados em anais de Congressos |  |  |  |  |  |  |
| Dissertações defendidas – mestrado |  |  |  |  |  |  |
| Teses defendidas – doutorado |  |  |  |  |  |  |
| Teses defendidas – livre docência |  |  |  |  |  |  |

**I.E - Comentários do avaliador sobre a dimensão institucional. Destaque particularmente os eventuais pontos negativos e sugestões para melhoria**

|  |
| --- |
| **PONTOS POSITIVOS** |
| **PONTOS NEGATIVOS** |
| **SUGESTÕES DE MELHORIAS** |

**III - Infraestrutura e sua utilização**

**III. A - Facilitação da atuação dos Serviços/Clientela**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Sim** | **Não** |
| Possui capacidade e condições de conforto para os profissionais de saúde nas diversas unidades da instituição? Anexe documentação comprobatória |  |  |
| Existência de sinalização institucional adequada? Anexe documentação comprobatória |  |  |
| Os profissionais de saúde são devidamente identificados? |  |  |
| Possui equipamentos de proteção individuais adequados e que sejam efetivamente utilizados? |  |  |
| A infra-estrutura física permite qualidade no atendimento ao usuário? |  |  |
| A instituição possui serviços de apoio diagnóstico e de tratamento para as condições clínicas prevalentes na população? |  |  |
| Os usuários com necessidades especiais recebem tratamento adequado por meio de instalações físicas e equipamentos? |  |  |
| A instituição possui mecanismos para ouvir e aferir a satisfação da população atendida? |  |  |

**IV. B - Análise Geral das Instalações**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Instalações Gerais** | **Sim** | **Não** | **NA** |
| Adequadas no que se refere ao espaço físico? |  |  |  |
| Adequadas no que se refere aos equipamentos disponíveis? |  |  |  |
| Adequadas no que se refere às facilidades de acesso e de utilização? |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Alojamento para Especializandos** | **Sim** | **Não** | **NA** |
| Possui alojamento para os médicos Especializandos em condições adequadas? |  |  |  |
| Possui sanitário adequado (higienizado, com pia, papel, sabonete, lixeira) e considerando as necessidades de gênero? |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Biblioteca** | **Sim** | **Não** | **NA** |
| Instalações adequadas? |  |  |  |
| Acesso à rede mundial de computadores para consulta científica? |  |  |  |
| Acervo adequado e de qualidade? |  |  |  |
| Possui acesso facilitado a uma biblioteca médica? |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Documentação Fotográfica** | **Sim** | **Não** | **NA** |
| Possui sistema de coleta de imagens (câmera digital, captura de vídeo)? |  |  |  |
| Possui sistema de armazenamento, catalogação e facilidade na utilização das imagens? |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Espaços de Aprendizagem** | **Sim** | **Não** | **NA** |
| O Programa tem sala de aula ou local similar? |  |  |  |
| A instituição tem auditório adequado e que seja disponível? |  |  |  |
| Possui acesso fácil a aparelhos de multimídia? |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Centro Cirúrgico** | **Sim** | **Não** | **NA** |
| Possui sala de recuperação pós-anestésica? |  |  |  |
| Quantidade de salas |  |  |  |
| Quantidade de salas é adequada ao número de Especializandos da SBCCV e residentes em curso? |  |  |  |
| Quantidade de equipamento é adequada ao funcionamento dos serviços? |  |  |  |
| Qualidade dos equipamentos é boa? |  |  |  |
| Possui local para Cirurgia Ambulatorial? |  |  |  |
| Descreva o quantitativo (absoluto e percentual) de cirurgias por porte da instituição nos últimos 12 (doze) meses ou escolha a opção não se aplica  Anexe lista de procedimentos dos últimos 12 meses | **Pequeno** |  |  |
| **Médio** |  |
| **Grande** |  |
| **Serviço de Cardiologia** | **Sim** | **Não** | **NA** |
| Possui serviço de Cardiologia no Hospital? |  |  |  |
| Quantidade de salas é adequada ao número de residentes em curso? |  |  |  |
| Quantidade de equipamento é adequada ao funcionamento dos serviços |  |  |  |
| Possui Serviço de Hemodinâmica? |  |  |  |
| Possui Serviço de Ecocardiografia? |  |  |  |
| Possui Residência Médica de Cardiologia |  |  |  |
| Possui Centro de Imagens (TC,m RM, etc) |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Ambulatório** | **Sim** | **Não** | **NA** |
| Possui salas com equipamentos básicos (balança, estetoscópio, esfignomanômetro etc.)? |  |  |  |
| Quantidade de salas é adequada ao número de especializandos e residentes em curso? |  |  |  |
| Possui salas climatizadas de acordo com as necessidades do local visitado? |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **UTI** | **NA** |
| Número de leitos |  |
| Nível da UTI |  |
| Número de atendimentos nos últimos seis meses |  |
| Número de leitos para isolamento |  |
| Nº de atendimento nos últimos seis meses |  |
| Taxa de ocupação média dos leitos |  |
| Taxa de mortalidade |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Pronto Socorro** | **Sim** | **Não** | | **NA** |
| Funciona na própria Instituição |  |  | |  |
| Conveniado com outra instituição. Anexar documentação comprobatória |  |  | |  |
| Número de leitos |  | | | |
| Número de atendimentos nos últimos seis meses |  | | | |
| Possui salas com equipamentos básicos em número e condições adequadas de uso (balança, estetoscópio, esfignomanômetro etc.)? |  |  |  | |
| Possui sala devidamente equipada para ressuscitação cárdio-respiratória? |  |  |  | |
| Quantidade de salas é adequada ao número de especializandos e residentes em curso? |  |  |  | |
| Possui salas climatizadas de acordo com as necessidades locais? |  |  |  | |

**IV.C- Comentários do avaliador sobre a infra-estrutura e sua utilização, destacando os pontos negativos e sugestões de melhoria**

|  |
| --- |
| **PONTOS POSITIVOS** |
| **PONTOS NEGATIVOS** |
| **SUGESTÕES DE MELHORIAS** |

**IV. D - Serviço de Arquivo Médico**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Sim** | **Não** |
| O Serviço de Arquivo Médico está informatizado? |  |  |
| O prontuário médico é eletrônico? |  |  |
| O prontuário médico contém os dados oriundos do completo preenchimento que permitem a qualidade da informação e sua utilização? |  |  |

**IV. E - Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Laboratório** | **Local onde é realizado (próprio ou terceirizado)** | **Disponível 24 horas?**  (Sim ou Não) | **Número estimado de exames nos últimos**  **6 meses** |
| Laboratório: hematologia |  |  |  |
| Laboratório: bioquímica |  |  |  |
| Laboratório: sorologia |  |  |  |
| Laboratório: microbiologia |  |  |  |
| **Diagnóstico por Imagem** | **Local onde é realizado (próprio ou terceirizado)** | **Disponível 24 horas?**  (Sim ou Não) | **Número estimado de exames nos últimos**  **6 meses** |
| Radiologia convencional |  |  |  |
| Radiologia intervencionista |  |  |  |
| Tomografia computadorizada |  |  |  |
| Ecocardiograma |  |  |  |
| Ultra-sonografia |  |  |  |
| Ressonância Magnética |  |  |  |
| Medicina Nuclear |  |  |  |
| **Anatomia Patológica** | **Local onde é realizado (próprio ou terceirizado)** | **Disponível 24 horas?**  (Sim ou Não) | **Número estimado de exames nos últimos**  **6 meses** |
| Exames anátomo-patológicos |  |  |  |
| Biópsia de congelação |  |  |  |
| Necrópsia |  |  |  |
| **Transfusão de Sangue** | **Local onde é realizado (próprio ou terceirizado)** | **Disponível 24 horas?**  (Sim ou Não) | **Número estimado de procedimentos nos últimos 6 meses** |
| Banco de Sangue |  |  |  |
| Agencia Transfusional |  |  |  |

**Instituição:**

ANEXAR RELATÓRIO DE INDICADORES (taxa de ocupação de leitos, média de permanência, taxa de infecção hospitalar, mortalidade)