



Questionamentos a ser respondidos pela instituição solicitante

Parte 1 – Instituição e Residência Médica.

1. Nome da Instituição Solicitante, endereço e número de leitos hospitalares da Instituição (leitos:____) e número de leitos destinados à Cirurgia do Aparelho Digestivo (leitos:____)

2. Coordenador do Programa de residência médica de cirurgia do aparelho digestivo e curriculum Lattes e/ou CV, bem como dos preceptores do serviço.

3. Composição e especialidade registrada no CRM da equipe médica do serviço de cirurgia do aparelho digestivo e se estão adequados às Normas Gerais e Específicas do Programa de Residência Médica em Cirurgia do Aparelho Digestivo, conforme definido pela CNRM? Sim () Não ()

4. Número de vagas a serem ofertadas por ano _____. Exigência de pré-requisito? Sim () Não (). Qual?_____

5. Existe acomodações adequadas para os residentes? Sim () Não ().

6. Existe disponibilidade de Bolsa ou ajuda financeira aos residentes? Sim () Não ().



7. Como é feito o Processo de seleção dos candidatos à residência médica da Cirurgia do Aparelho Digestivo? Prova () Entrevista () CV (). Todos (). Existe obrigatoriedade de TCC? Sim () Não ().
8. Qual ou quais os métodos de avaliação dos residentes durante o período de residência? Prova (). Acompanhamento de desempenho ().
9. Qual a periodicidade das Sessões científicas (semanal () quinzenal () mensal () e seu conteúdo programático/teórico? Apresentação de casos () Artigos científicos () Ambos (). Possui centro de estudos e auditórios? Sim () Não (). Quais são os recursos pedagógicos?
- _____
10. Existem outros programas de Residência Médica reconhecida pelo MEC na Instituição? Sim () Não (). Existe COREME na Instituição? Sim () Não ().

Parte II – Características da Instituição:

1. Número de salas cirúrgicas: _____
Horários: _____
Salas destinadas à Cirurgia do Aparelho Digestivo: _____
Possui UTI? Sim () Não () Quantos leitos? _____
2. Qual o número aproximado de cirurgias realizadas por semana em Cirurgia do Aparelho Digestivo com participação dos residentes:
Baixa complexidade: _____
Alta complexidade: _____
3. Qual é o número de operações de urgência na área do aparelho digestivo por mês?
_____.
- Os residentes participam das cirurgias de emergência sempre com supervisão? Sim () Não ().



4. Disponibiliza Ambulatório para cirurgia do aparelho digestivo? Sim () Não (). Os residentes têm supervisão no Ambulatório? Sim () Não ().

Quantos atendimentos semanais? _____

5. Quais serviços o hospital possui?

- Endoscopia digestiva alta Sim () Não ().
Conveniado: ()
Próprio: ()
- Endoscopia digestiva baixa Sim () Não ().
Conveniado: ()
Próprio: ()
- Endoscopia terapêutica Sim () Não ().
Conveniado: ()
Próprio: ()
- Serviço de Radiologia Sim () Não ().
Conveniado: ()
Próprio: ()
- Tomografia computadorizada Sim () Não ().
Conveniado: ()
Próprio: ()
- Ressonância Magnética Sim () Não ().
Conveniado: ()
Próprio: ()
- Serviço de Anatomia Patológica Sim () Não ().
Conveniado: ()
Próprio: ()
- Laboratório de Análises Clínicas Sim () Não ().
Conveniado: ()
Próprio: ()
- Serviço de Hemoterapia Sim () Não ().
Próprio: ()
Conveniado: ()
- Comissão de Infecção Hospitalar Sim () Não ().



COLÉGIO BRASILEIRO DE CIRURGIA DIGESTIVA

Filiado à Associação Médica Brasileira



- Equipe Multiprofissional de Terapia Nutricional Sim () Não ().

- Serviço de Radioterapia Sim () Não ().

Conveniado: ()

Próprio: ()

- Serviço de Quimioterapia Sim () Não ().

Conveniado: ()

Próprio: ()

6. A Instituição possui algum Programa de acreditação hospitalar? Sim () Não ().

Citar qual/quais

As informações devem ser enviadas para o e-mail diretoria@cbcd.org.br.

Após análise será constituída comissão para visita presencial.