

Dados Institucionais

Nome da Instituição, Coloque o nome cadastrado no www.siscnrm.mec.gov.br			Unidade da fed.
Endereço Completo, com CEP			
Telefone	()	CNPJ	
E-mail da Instituição	CNES		
E-mail da COREME		Telefone da COREME	()
Nome do Coordenador da COREME			
Órgão Mantenedor da Bolsa	Selecione	Outro órgão financiador Selecione	Outro órgão financiador Selecione

Programas de RM a serem visitados
(todos os PRMs a serem visitados devem ser listados)

[illegible]

[illegible]

I – Característica Institucional

I.A 1- Natureza da Sede do Programa (considere para as respostas o local sede dos PRMs).

Local	Sim	
Hospital Universitário	☐	
Hospital de Ensino	☐	
Hospital Federal	☐	
Hospital Estadual	☐	
Hospital Municipal	☐	
Hospital Privado	☐	
Hospital Filantrópico	☐	
Órgão de Secretaria Estadual de Saúde	☐	
Órgão de Secretaria Municipal de Saúde	☐	
Outra	☐	
Descreva:		
Nível de complexidade	Sim	Não
Primário	☐	☐
Secundário	☐	☐
Terciário	☐	☐
Região do País	Sim	Não
Norte	☐	☐
Nordeste	☐	☐
Centro-Oeste	☐	☐
Sudeste	☐	☐
Sul	☐	☐

I.A 2 - Relacionamento Acadêmico

Local	Sim
Faculdade de Medicina	☐
Instituição com Internato Médico	☐
Instituição já tem PRM(s) autorizado(s) em curso	☐
Outro	☐
Descreva	

I.B - Perfil Institucional

		Sim	Não
A instituição possui convênios documentados com outras instituições para realização de atividades da RM?		☐	☐
Perfil dos Pacientes Atendidos (%)	Particulares	Outros convênios	SUS

I.B1- Indicadores de Qualidade (verifique, por amostragem, a adequação dos seguintes indicadores)

	Sim	Não	NA
- Termo de Consentimento Pós-Informação:	☐	☐	☐
- Prontuário Médico:	☐	☐	☐
- Anamnese;	☐	☐	☐
- Evolução médica - se adequada ao local em avaliação: diária (UTI, enf.); a cada consulta, etc)	☐	☐	☐
- Descrição Cirúrgica	☐	☐	☐
- Fichas anestésicas	☐	☐	☐
- Sumário de Alta	☐	☐	☐

Existência das Comissões previstas na legislação	Sim	Não
Documentação Médica e Estatística	☐	☐
Ética	☐	☐
Ética em Pesquisa	☐	☐
Contrôle de Infecção Hospitalar	☐	☐

Óbito	☐	☐
Prontuário	☐	☐
Destinação de Resíduos	☐	☐
Vigilância Epidemiológica	☐	☐
Controle de riscos	☐	☐
Controle de qualidade	☐	☐
De prevenção de acidentes	☐	☐
Outras Cite-as:		

Entrevista com os gestores (direção da Instituição, secretários de saúde)

Comentários sobre a reunião com a direção - PREENCHIMENTO EXCLUSIVO VISITADORES

I.C – COREME

I.C 1 – Administração / Gestão

	Sim	Não
É composta em concordância com a legislação em vigor?	☐	☐
Possui regimento interno de acordo com as resoluções da CNRM? <i>Anexe documentação comprobatória</i>	☐	☐
Possui regulamento de acordo com as resoluções da CNRM? <i>Anexe documentação comprobatória (Muitas vezes está incluído no regimento)</i>	☐	☐
Reúne-se regularmente e de forma devidamente comprovada? <i>apresente ao visitador atas das reuniões do ultimo semestre.</i>	☐	☐
Funciona como órgão da formação/ensino, opinando sobre oferecimento de novos PRM, analisando e definindo o número de vagas a ser oferecido no edital? <i>Analisar atas</i>	☐	☐
Funciona como órgão colegiado onde são discutidos assuntos/problemas relativos aos PRM e aos médicos residentes? <i>Analisar atas</i>	☐	☐

Funciona como órgão da formação/ensino, responsável pela avaliação periódica do(s) programa(s) e do desempenho dos médicos residentes? Apresente ao visitador as fichas de avaliação dos residentes.	☐	☐
Realiza auto-avaliação dos(s) PRM(s) pelo médico residente? No caso de resposta afirmativa apresente documentação comprobatória ao avaliador.	☐	☐
Oferece apoio psico-pedagógico aos MRs?	☐	☐
Existe uma política de capacitação permanente e de educação continuada para preceptores e supervisores, regulamentada e efetivamente praticada? No caso de resposta afirmativa apresente documentação comprobatória ao avaliador.	☐	☐
Existe suporte técnico e mecanismos institucionais de apoio para a participação em eventos técnico-científicos e/ou apoio à produção científica? No caso de resposta afirmativa apresente documentação comprobatória ao avaliador.	☐	☐
Existe apoio psicológico para preceptores e supervisores?	☐	☐

I.C 2 – Do Processo Seletivo

Normas no processo seletivo		Sim	Não
O processo seletivo de admissão de MRs cumpre as normas da CNRM? Apresente o edital ao visitador para avaliação		☐	☐
Visitador – em sua análise não deixe de verificar no edital:		☐	☐
- Critérios para pontuação:	100 – 90/10 Conforme resolução CNRM	☐	☐
	50/40/10 Conforme resolução CNRM	☐	☐
	Outro – descreva	☐	☐
-A prova para PRM com acesso direto apresenta o mesmo número de questões relativas ao conteúdo de cada uma das cinco áreas básicas?		☐	☐
- A prova para PRM com pré-requisito apresenta o mesmo número de questões relativas ao conteúdo de cada uma das especialidades aceitas como pré-requisito?		☐	☐
-O direito ao recurso está garantido?		☐	☐

O Processo Seletivo é composto por:	Sim (cite a pontuação)	Não
Prova discursiva de conhecimentos		☐
Prova teste de Múltipla Escolha		☐
Prova Multimídia		☐
Avaliação Clínica Estruturada e Objetiva Paciente Simulado		☐
Análise de Currículo (critérios padronizados)		☐

I.C 3 – Coordenador da COREME

Dados pessoais e profissionais
Nome Completo
CPF

Pontos negativos - PREENCHIMENTO EXCLUSIVO VISITADORES

II - Sobre as Equipes

II. A - Organização das Equipes

	Sim	Não
O Chefe do Serviço Especializado é também o supervisor do programa?	☐	☐
Há critérios definidos para a escolha/seleção dos preceptores? No caso de resposta afirmativa apresente documentação comprobatória ao avaliador	☐	☐
Há critérios definidos para a escolha/seleção do supervisor do Programa, de acordo com as normas nacionais? No caso de resposta afirmativa apresente documentação comprobatória ao avaliador	☐	☐

III - Infraestrutura e sua utilização

III. A - Facilitação da atuação dos Serviços/Clientela

	Sim	Não
Existência de sinalização institucional adequada?	☐	☐
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?	☐	☐

III. B - Análise Geral das Instalações

Unidades de internação	Sim	Não	NA
Adequadas no que se refere à organização e funcionalidade?	☐	☐	☐
Adequadas no que se refere ao espaço físico, limpeza e higiene?	☐	☐	☐
O número de leitos é adequado ao número de PRMs, Residentes e Internos que a utilizam?	☐	☐	☐

Centro Cirúrgico	Sim	Não	NA
Possui sala de recuperação pós-anestésica?	☐	☐	☐
Quantidade de salas é adequada ao número de PRM cirúrgicos desenvolvidos e residentes em curso?	☐	☐	☐
O espaço é adequado no que se refere ao espaço físico, limpeza e higiene?	☐	☐	☐
Os equipamentos são adequados ao funcionamento dos serviços?	☐	☐	☐
Possui local para Cirurgia Ambulatorial?	☐	☐	☐
Descreva o quantitativo (absoluto e percentual) de cirurgias por porte da instituição <u>nos últimos seis meses</u> ou escolha a opção não se aplica Apresente ao visitador documentação comprobatória, conforme tabela SUS	Pequeno	☐	☐
	Médio	☐	
	Grande	☐	

Centro Obstétrico	Sim	Não	NA
Possui sala de recuperação pós-anestésica?	☐	☐	☐
Quantidade de salas é adequada ao número PRMs e de residentes em curso?	☐	☐	☐
Os equipamentos são adequados ao funcionamento dos serviços?	☐	☐	☐
Possui sala de PPP (pré-parto / parto / puerpério)? Quantos Leitos	☐	☐	☐
O pré-parto é individualizado e permite o acompanhamento de familiar?	☐	☐	☐
Possui sala de parto normal? Quantas:	☐	☐	☐
Possui sala de cesariana? Quantas	☐	☐	☐

Possui local e recursos humanos apropriados para recepção de recém-nascidos?	☐	☐	☐
--	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Ambulatório	Sim	Não	NA
Possui salas com equipamentos básicos (balança, antropômetro, esfigmomanômetro fita métrica, outros)?	☐	☐	☐
A quantidade de salas é adequada ao número de PRM desenvolvidos e residentes em curso?	☐	☐	☐
Possui salas climatizadas de acordo com as necessidades do local visitado?	☐	☐	☐

UTI	
Número de leitos	
Nível de classificação da UTI, de acordo com a norma do Ministério da Saúde	
Número de atendimentos nos últimos seis meses (apresente documentação comprobatória ao avaliador)	
Número de leitos para isolamento	
Taxa de ocupação média dos leitos	
Taxa de mortalidade	

Pronto Socorro	Sim	Não	NA
Funciona na própria Instituição	☐	☐	☐
Conveniada com outra instituição. - Apresente ao visitador documentação comprobatória do convênio	☐	☐	☐
Número de leitos			
Número de atendimentos nos últimos seis meses (apresente documentação comprobatória ao avaliador)			
Possui salas com equipamentos básicos em número e condições adequadas de uso (balança, esfigmomanômetro etc.)?	☐	☐	☐
Possui sala devidamente equipada para ressuscitação cárdio-respiratória (SALA VERMELHA)?	☐	☐	☐
Possui ambiente climatizado de acordo com as necessidades locais?	☐	☐	☐

Serviço de Arquivo Médico	Sim	Não
O Serviço de Arquivo Médico está informatizado?	☐	☐
O prontuário médico é eletrônico/digital?	☐	☐

A prescrição é eletrônica?	☐	☐
----------------------------	--------------------------	--------------------------

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			
Diagnóstico por Imagem	Local onde é realizado (próprio ou terceirizado)	Disponível 24 horas? (Sim ou Não)	Número estimado de exames nos últimos 6 meses
Exames de 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			
Agência Transfusional			

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?	☐	☐	☐
--	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Instalações para desenvolvimento de Ensino

Alojamento para Residência	Sim	Não	NA
Possui alojamento para os médicos residentes em condições adequadas?	☐	☐	☐

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?	☐	☐	☐

Espaços de Aprendizagem	Sim	Não	NA
Possui salas de aula ou locais similares adequados ao número de PRM e Residentes?	☐	☐	☐
A instituição possui auditório adequado e que seja disponível?	☐	☐	☐
Possui acesso (disponibilidade) fácil a aparelhos de multimídia?	☐	☐	☐

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

Infra-estrutura geral	Infra-estrutura para ensino
Pontos positivos	Pontos positivos
Pontos negativos	Pontos negativos

PARECER FINAL sobre a possibilidade de oferta de PRM na instituição, apontando as inadequações a serem corrigidas ou que impeçam o seu desenvolvimento. **PREENCHIMENTO EXCLUSIVO VISITADORES**

ATENÇÃO INSTITUIÇÃO:

- ENTREGAR RELATÓRIO DE **PRODUÇÃO DOS ÚLTIMOS SEIS MESES** (número de internações, atendimentos nos diferentes setores, procedimentos realizados – partos, cesáreas, cirurgias). Esse material deverá também estar disponível durante a visita.
- ENTREGAR RELATÓRIO DE **INDICADORES DOS ÚLTIMOS SEIS MESES** (taxa de ocupação de leitos, média de permanência, taxa de infecção hospitalar, mortalidade). Esse material deverá também estar disponível durante a visita

VISITADOR(A)

NOME:

Nº CRM/UF: /

Assinatura _____

NOME:

Nº CRM/UF: /

Assinatura _____

NOME:

Nº CRM/UF: /

Assinatura _____

(cidade - UF) , (data)