



---

## PEDIDO DE RECONHECIMENTO DO PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MÉDICA EM UROLOGIA

Sr. Presidente da Comissão de Ensino e Treinamento da SBU,

A Instituição signatária do presente, abaixo identificada, requer de V.S<sup>a</sup> que se digne submeter à apreciação da Comissão de Ensino e Treinamento (CET) o pedido de Credenciamento ora formulado.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
Cidade Data

Assinatura: \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_

Cargo: \_\_\_\_\_

**Denominação da Instituição:**

(Hospital) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Endereço Completo: \_\_\_\_\_

CEP: \_\_\_\_ - \_\_\_\_ Cidade: \_\_\_\_\_ Estado.: \_\_\_\_

Tel.( ) \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ email: \_\_\_\_\_

Responsável pelo Programa de Residência:

\_\_\_\_\_

Contato: Fone ( ) \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ email: \_\_\_\_\_

Chefe do Serviço de Urologia: \_\_\_\_\_

Contato: Fone ( ) \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ email: \_\_\_\_\_

Credenciamento pela CNRM - parecer nº \_\_\_\_\_

Data do credenciamento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Este serviço faz treinamento de residentes desde quando ?

(independente da existência da CNRM)

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ ( \_\_\_\_ tempo em anos)

<b>I - Características da Instituição onde funciona o Programa de Residência</b>
--

**1. Dependência Administrativa**

Particular  Federal  Estadual  Municipal  Fundação

H. Universitário  Hospital de Ensino  Hospital Filantrópico

Discriminar abaixo se houver associação de duas instituições acima, ou se não se enquadrar nos critérios.

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

**2. Nome do Hospital ou Hospitais filiados ao programa**

Nome: \_\_\_\_\_

End.: \_\_\_\_\_

Responsável: \_\_\_\_\_

Fones: ( ) \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ email: \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_

End.: \_\_\_\_\_

Responsável: \_\_\_\_\_

Fones: ( ) \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ email: \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_

End.: \_\_\_\_\_

Responsável: \_\_\_\_\_

Fones: ( ) \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ email: \_\_\_\_\_

**3. Universidade ou Escola Médica filiada ao programa (em Convênio)**

Nome: \_\_\_\_\_

End.: \_\_\_\_\_

Responsável: \_\_\_\_\_

Fones: ( ) \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ email: \_\_\_\_\_

### 3. 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 do PRM ?		
Há programas de pós-graduação regulamentados que contribuem para a formação dos residentes?		
O PRM está incluído no planejamento institucional (plano diretor, plano de desenvolvimento institucional)?		

### 4. Comissões previstas em legislação existentes na Instituição

	Sim	Não
Documentação Médica e Estatística		
Ética		
Ética em Pesquisa		
Controle de Infecção Hospitalar		
Óbito		
Prontuário		
Resíduos		
Vigilância Epidemiológica		
CIHDOTT (Doação de Órgãos e Tecidos para Transplantes)		
Outras (cite)		

## II - Dados sobre a Mantenedora e Gastos

1. Denominação (da Mantenedora) \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

Cep: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_ Cidade: \_\_\_\_\_ Estado. \_\_\_\_

Tel.( ) \_\_\_\_\_/ \_\_\_\_\_ email: \_\_\_\_\_

2. Instituições que financiam o programa de residência:

Nome:

---

---

---

---

3. Discriminar a aplicação dos recursos:

a) Bolsas dos residentes

(só os da URO - excluir cirurgia geral) Valor R\$ \_\_\_\_\_/ano

### III - Comissão de Residência Médica

1. Existe Comissão de Residência Médica no Hospital ?

S  N (se existir preencher abaixo)

Nome do Presidente da COREME do Hospital

---

Contato: Fone ( ) \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ email: \_\_\_\_\_

Integrantes da COREME

Nome	Cargo	Data do início do mandato	Data do término do mandato

1.2. Sobre a COREME

	Sim	Não
Reúne-se regularmente e de forma devidamente comprovada?		
Possui regimento interno de acordo com as resoluções da CNRM-MEC ?		
Realiza auto-avaliação dos PRMs pelos médicos residentes?		
Realiza avaliação interna periódica dos PRMs ?		
Oferece apoio psico-pedagógico aos preceptores e supervisores de PRM ?		
Oferece apoio psico-pedagógico aos médicos residentes?		
Existe uma política de capacitação permanente e educação continuada para preceptores e supervisores, regulamentada e efetivamente praticada?		
Existe suporte técnico e mecanismos institucionais de apoio para a participação em eventos técnico-científicos e/ou apoio à produção científica?		

### IV - Seleção dos Candidatos

1. O acesso ao Programa é por concurso:  S  N

Em caso negativo esclarecer o critério utilizado:

---

2. O Concurso para residente de Urologia é feito:

em conjunto com outras instituições.

Se afirmativo, especificar: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

em conjunto com outras áreas cirúrgicas do hospital.

Se afirmativo, especificar: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

em separado, pelo próprio Departamento de Urologia

Outros (especificar) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### 3. O Concurso seleciona o residente:

para residência de cirurgia geral, mas já garantindo a vaga para urologia

para residência de cirurgia geral, mas será feito concurso interno para a área de urologia

para residência de cirurgia geral, mas será feito novo concurso para área de urologia onde residentes de outros hospitais poderão concorrer

Para residência de urologia e como pré requisito ele deve ter feito:

2 anos de cirurgia geral

serviço tem que ser credenciado pela CNRM

serviço não precisa ser credenciado pela CNRM

outros

(especificar) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### 4. O Concurso é composto de: (assinalar todas as alternativas que ocorrerem)

prova escrita abrangendo as áreas gerais da medicina: Clínica Médica, Cirurgia Geral, Pediatria, Ginecologia e Obstetrícia, Medicina Preventiva

prova escrita específica na área de Cirurgia Geral

prova escrita específica na área de Urologia

entrevista com o candidato, feita pelo supervisor da Urologia

análise do curriculum vitae

outros(especificar)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## V – Condições Físicas e Materiais

1. Caso algum dos itens abaixo não esteja disponível citar quem presta o serviço:

---

---

---

2. Possui serviço de arquivo médico e estatístico?  S  N

2.1 Horário de funcionamento: \_\_\_\_\_

2.2 O arquivo médico é informatizado?

2.3 O prontuário médico é eletrônico?

3. Possui serviço de Radiologia Convencional?  S  N

4. Possui sala de radiologia de Urologia?  S  N

5. Possui serviço de Radiologia Digital?  S  N

6. Possui serviço de Ultra-Sonografia?  S  N

7. Possui aparelho de Ultra-som para uso exclusivo da Urologia?  S  N

7.1 A biópsia prostática guiada por US é feita pelo residente?  S  N

7.2 O residente recebe treinamento em US urológico?  S  N

8. Possui serviço de Tomografia Computadorizada?  S  N

9. Possui serviço de Ressonância Magnética?  S  N

10. Possui Laboratório Clínico?  S  N

11. Possui serviço de hemoterapia?  S  N

12. Possui serviço de Anatomia Patológica?  S  N

13. Possui serviço de Medicina Nuclear?  S  N

14. UTI  N  S - número de leitos: \_\_\_\_\_ adultos \_\_\_\_\_ pediátricos

número de internações nos últimos 6 meses: \_\_\_\_\_

15. Pronto Socorro  N  S - número de leitos: \_\_\_\_\_ adultos \_\_\_\_\_ pediátricos

número de internações nos últimos 6 meses: \_\_\_\_\_

16. Possui salas ambulatoriais?  S  N

16.1 Nº de salas \_\_\_\_\_

uso exclusivo da urologia

uso conjunto com outras áreas

17. As consultas de urologia são marcadas:

em dias e horários específicos

horário aberto conforme o volume de pacientes

outros \_\_\_\_\_

18. Horário de funcionamento do ambulatório de urologia:

(nos espaços em branco escrever o número de salas que dispõe em cada período)

	2 <sup>a</sup> .	3 <sup>a</sup> .	4 <sup>a</sup> .	5 <sup>a</sup> .	6 <sup>a</sup> .	Sábado
Manha						
Tarde						

Noite						

19. Número de salas cirúrgicas do hospital: \_\_\_\_\_

17.1 Existe Centro Cirúrgico Ambulatorial?  N  S - nº de salas \_\_\_\_\_

20. Há salas específicas para uso exclusivo da urologia?  N  S - nº \_\_\_\_\_

21. Há horário específico para o uso dessas salas pela urologia?  S  N

22. Horário de cirurgia urológica de rotina

(se não houver horário pré determinado não preencher esse quadro)

Dia	Manha		Tarde		Noite	
2ª.						
3ª						
.						
4ª						
.						
5ª						
.						
6ª						
.						
Sábado						

-Se não houver enquadramento, explicar:

\_\_\_\_\_

quadro não preenchido porque cirurgias são marcadas conforme necessidade do serviço e disponibilidade do centro cirúrgico.

23. Há no centro cirúrgico sala específica para uso de radiologia?  S  N  
(com devidas proteções)

24. Material para atividade urológica:

Equipamento	Sim	Não	Quantidade
Cistoscópio Adulto Rígido			
Cistoscópio Adulto Flexível			
Cistoscópio Pediátrico			
Ressectoscópio Adulto			
Ressectoscópio Pediátrico			
Eletrovaporizador de próstata			
Uretrótomo Adulto			
Uretrótomo Pediatrico			
Nefroscópio Adulto Rígido			
Nefroscópio Pediátrico			
Nefroscópio Flexível			

Ureteroscópio Semi-rígido Adulto			
Ureteroscópio Semi-rígido Pediátrico			
Ureterorenoscópio Flexível			
Litotridor intracorpóreo pneumático			
Litotridor intracorpóreo ultrassônico			
Litotridor intracorpóreo eletrohidráulico			
Litotridor intracorpóreo à laser			
Aparelho de Radioscopia (Arco em C)			
Aparelho de Ultrassom próprio do Serviço			
Mesa Cirúrgica Radiotransparente			
Laser prostático			
Videolaparoscópio Adulto			
Videolaparoscópio Pediátrico			
Rack de videocirurgia (câmera, fonte de luz, insuflador, etc.)			
Aparelho de Litotripsia Extracorpórea			
Equipamento de Urodinâmica			
VideoUrodinâmica			
Outros (especificar)			

25. Há enfermaria(s) específica(s) da Urologia?  S  N

26. Total de leitos urológicos = \_\_\_\_\_ (masculinos, femininos, pediátricos).

(Excluir leitos de urgências e unidade de transplante renal)

27. Total de leitos da Urologia para adultos do sexo masculino: \_\_\_\_\_

28. Total de leitos da Urologia para adultos do sexo feminino: \_\_\_\_\_

29. Total de leitos pediátricos da Urologia: \_\_\_\_\_

30. Hospital possui pronto socorro?  S  N

31. Há instalação destinada a uso exclusivo da Urologia no pronto socorro?  S  N

Descrever: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

32. Possui leitos destinados à internações de urgências urológicas? (além dos citados acima)  S  N nº de leitos \_\_\_\_\_

33. a. Possui Unidade de Transplante Renal?  S  N nº de leitos: \_\_\_\_\_

b. A unidade é dirigida pela Urologia  ou Nefrologia  ? Outro \_\_\_\_\_

34. Qual o número de transplantes renais por ano? (últimos dois anos)



**Doador vivo:** \_\_\_\_\_, ano: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_, ano: \_\_\_\_\_

**Doador falecido:** \_\_\_\_\_, ano: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_, ano: \_\_\_\_\_

**35.** Qual o número de internações na Unidade Transplante Renal por ano?  
\_\_\_\_\_ (ano: \_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ (ano: \_\_\_\_\_)

**36.** Qual o número de internações da urologia de rotina (leitos masc., fem. e pediátricos) por ano? Total = \_\_\_\_\_ Masc. = \_\_\_\_\_ Fem. = \_\_\_\_\_ Ped. = \_\_\_\_\_

**37.** Qual o número de internações de emergência urológica por ano? \_\_\_\_\_

**38.** Qual o número de consultas ambulatoriais por ano? \_\_\_\_\_

**39.** Qual o número de atendimentos de urgência por ano? \_\_\_\_\_

**40.** Possui Biblioteca?  S  N Tem bibliotecária?  S  N

É própria do Serviço de Urologia?  S  N

Os residentes tem acesso livre a periódicos eletrônicos de Urologia

**41.** Quais as principais assinaturas de revista da especialidade e principais livros?  
(Se necessário fazer relação anexa)

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

obs: Mencionar os dois últimos anos.

## VI – Recursos Humanos

**1. Chefe do Serviço:**

Nome \_\_\_\_\_

Titulação Acadêmica: Mestre  Doutor  Livre Docente  Titular

É Membro da S.B.U.?  S  N Titular  Associado

**2. Preceptor do PRM:**

Nome \_\_\_\_\_

Titulação Acadêmica: Mestre  Doutor  Livre Docente  Titular

É Membro da S.B.U.?  S  N Titular  Associado

**3. Membros Médicos do Serviço:**

Nome	Titulação Acadêmica Principal	Membro da SBU Titular/ Associado
------	----------------------------------	-------------------------------------


### 3.1 Atualização dos Preceptores:

- Mestrando: \_\_\_\_\_ (Nomes)
- Doutorando: \_\_\_\_\_ (Nomes)
- PHD \_\_\_\_\_ (Nomes)
- Especialização \_\_\_\_\_ (Nomes)
- Participação em Congressos \_\_\_\_\_ (Nomes)
- Outros: \_\_\_\_\_ (Nomes)

### 3.2 . Avaliação dos Preceptores

São feitas avaliações dos preceptores pelos residentes?  S  N

4. Número de residentes pretendidos: (total) \_\_\_\_\_

(não contar residentes no estágio de Cirurgia Geral)

Número de residentes no primeiro ano de urologia: \_\_\_\_\_

Número de residentes no segundo ano de urologia: \_\_\_\_\_

Número de residentes no terceiro ano de urologia: \_\_\_\_\_

## VII - Organização das Atividades

**Obs: Os termos R1, R2, R3 referem-se exclusivamente aos estágios de 1º, 2º e 3º anos (se houver) em Urologia.**

**Não considerar o estágio de Cirurgia Geral.**

1. Existe divisão das atividades dos residentes em estágios?  S  N

2. Se não faz estágios específicos, quais os itens dos programas?

---



---



---



---

### 3. Carga Horária das Atividades Semanais dos Residentes

Atividade/carga horária semanal (horas/semana)	R1	R2	R3
Ambulatório			
Visita a Enfermaria			
Cuidados a pacientes internados			
Cirurgias no Centro Cirúrgico			
Cirurgias de Ambulatório			
Plantões noturnos ou de fins de semana			
Visita à pacientes internados			
Execução de exames			
Execução de procedimentos (biopsia próstata, LECO, etc...)			
Horário de Estudo			
Elaboração e execução de trabalhos científicos			

4. Existe programação em cirurgia experimental?  S  N

5. Que tipo de atividades teóricas ou teórico-práticas são feitas em comum na clínica?

Atividade	Sim	Não	Periodicidade (No. Vezes mês/ano)
Reunião de discussão de casos			
Reunião de revisão bibliográfica			
Aulas teóricas ministradas por professores			
Seminário preparado pelo residente			
Discussão e visita aos leitos em grupo			
Reunião específica de imagenologia			
Reunião com anatomia patológica			
Reunião de morbimortalidade			
Reuniões multidisciplinares (especificar)			
a: _____	_____	_____	_____
b: _____	_____	_____	_____
c: _____	_____	_____	_____
d: _____	_____	_____	_____
Laboratório de Cirurgia Experimental			
Outras atividades (Especificar)			

5.1. Existe um programa de aulas teóricas estruturado:  S  N

ATENÇÃO: Caso afirmativo, favor anexar o programa a documentação enviada a SBU

**Comentários adicionais:**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

6. Os residentes efetuam plantões?  S  N

	Tipo de plantão (enfermaria,PS, a distancia)	No. de horas/sem	Observações
R1			
R2			
R3			

7. Semana Padrão dos Residentes  
(relacionar as atividades dos residentes em cada período)

R1

Período	2ª. feira	3ª. feira	4ª.feira	5ª.feira	6ª. feira	Final de semana
Manhã						
Tarde						

R2

Período	2ª. feira	3ª. feira	4ª.feira	5ª.feira	6ª. feira	Final de semana
Manhã						
Tarde						

R3

Período	2ª. feira	3ª. feira	4ª.feira	5ª.feira	6ª. feira	Final de semana
Manhã						
Tarde						

8. Há serviços específicos de “sub especialidades”, com ambulatórios em dia específico?

S  N

Assinale abaixo	Sim	Não
Uro - oncologia		
Urologia Pediátrica		
Urologia Feminina		
Neuro-urologia		

Andrologia		
Fertilidade		
Endourologia		
Litíase		
Laparoscopia		
Transplante Renal		
Outros		

**Comentários adicionais:**

---



---



---



---

**8.1 Rodízios em sub-especialidades pelos residentes durante o ano:**

**R1**

Março	Sub-especialidades/grupo
Abril	
Maio	
Junho	
Julho	
Agosto	
Setembro	
Outubro	
Novembro	
Dezembro	
Janeiro	
Fevereiro	

**R2**

Março	Sub-especialidades/grupo
Abril	
Maio	
Junho	
Julho	
Agosto	
Setembro	
Outubro	
Novembro	
Dezembro	
Janeiro	
Fevereiro	

**R3**

Março	Sub-especialidades/grupo
Abril	
Maio	

Junho	
Julho	
Agosto	
Setembro	
Outubro	
Novembro	
Dezembro	
Janeiro	
Fevereiro	

## 9. Atividades Cirúrgicas dos Residentes

### 9.1.a Relacionar média mensal de cirurgias feitas pelos Residentes (como cirurgião principal) - média do ano anterior à visita da CET

Porte do procedimento cirúrgico	R1	R2	R3
Pequeno			
Médio			
Grande			

### 9.1.b. Relacione abaixo o numero total de cirurgias realizados pelos residentes como cirurgião principal nos últimos 12 meses anteriores à visita da CET.

Cirurgia	R1	R2	R3
Cirurgias Ambulatoriais			
RTU de próstata e bexiga			
Prostatectomia aberta			
Prostatectomia Radical			
Cistectomia Radical			
Nefrectomia Radical			
Cirurgia Renal Percutânea			
Ureterolitotripsia endoscópica			
Cirurgias de Urologia Feminina			
Cirurgias de Urologia Pediátrica			
Transplante renal doador			
Transplante renal receptor			
Captação de rins para transplante			
Cirurgias de trauma urológico			
Cirurgias Laparoscópicas			
Microcirurgias			
Litotripsia Extracorpórea - sessão			

### 10. Trabalhos apresentados em Congressos de Urologia pelos Residentes

<b>Título do trabalho</b>	<b>Congresso em que foi apresentado</b>	<b>Forma de apresentação (tema livre, pôster,vídeo)</b>	<b>Residente responsável</b>

### 11. Protocolos de Pesquisa em Andamento (com participação dos residentes)

<b>Título do Trabalho</b>	<b>Residente responsável</b>	<b>Médico Staff responsável</b>

### 12. Citar as últimas publicações do serviço em periódicos especializados (pelo menos 3 artigos originais. Não incluir resumos de anais de congressos).

<b>Título do Trabalho</b>	<b>Autores</b>	<b>Revista publicada (volume, ano e paginas)</b>


### 13. Avaliação dos Residentes

13.1 São feitas avaliações trimestrais dos residentes?  S  N

13.2 Os residentes participam do ProTiSBU?  S  N

Caso afirmativo, quais as ultimas notas obtidas?

R3: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

R2: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

R1: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

- Confirmo que as informações acima são a mais fiel expressão da verdade.

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Cidade                      Data

\_\_\_\_\_  
Preceptor do PRU - Assinatura

\_\_\_\_\_  
Chefe do Serviço de Urologia - Assinatura

\_\_\_\_\_  
Presidente da COREME- Assinatura