



Pedido de Credenciamento de Centro de Treinamento em Cirurgia Robótica pela SBU

Sr. Presidente da Comissão de Credenciamento dos Centros de treinamento em Cirurgia Robótica da SBU,

A Instituição signatária do presente, abaixo identificada, requer de V.S^a que se digne submeter à apreciação da Comissão de Credenciamento dos Centros de treinamento em Cirurgia Robótica da SBU o pedido de Credenciamento ora formulado.

_____, ____ / ____ / ____
Cidade Data

Assinatura: _____

Nome: _____

Cargo: _____

Denominação da Instituição:

(Hospital) _____

Endereço Completo: _____

CEP: ____ - ____ Cidade: _____ Estado.: ____

Tel.() _____ / _____ email: _____

Responsável pelo Centro de treinamento: _____

Contato: Fone () _____ / _____ email: _____

Chefe do Serviço de Urologia: _____

Contato: Fone () _____ / _____ email: _____

Diretor do Hospital: _____

Contato: Fone () _____ / _____ email: _____

Este serviço faz treinamento em cirurgia robótica desde quando?

____/____/____ (____ tempo em anos)

I - Características da Instituição

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. Universidade ou Escola Médica filiada ao programa (se houver)

Nome: _____

End.: _____

Responsável: _____

Fones: () _____ / _____ email: _____

3. Comissões previstas em legislação existentes na Instituição

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

4. Há programas de treinamento em cirurgia robótica em outras especialidades?

- Sim Não. Quais? _____

5. Quantos programas de Treinamento em cirurgia robótica existem no Hospital?

II – Condições Físicas e Materiais

1. Número de salas cirúrgicas do hospital: _____

2. Há salas específicas para uso exclusivo da urologia? Sim Não nº _____

3. Horário de cirurgia robótica urológica de rotina

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

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

4. Material para atividade robótica em urológica:

Equipamento	Sim	Não	Quantidade	Modelo
Plataforma robótica				
Simulador em cirurgia robótica				
Aparelho de Ultrassom próprio do Serviço				
Material de videolaparoscopia Adulto				
Material de videolaparoscopia Pediátrico				
Rack de videocirurgia (câmera, fonte de luz, insuflador, etc.)				

5. Há enfermaria(s) específica(s) da Urologia? Sim Não

6. Há enfermeira(S) específica(s) para cirurgia robótica? Sim Não

7. Total de leitos da Urologia para adultos do sexo masculino: _____

8. Total de leitos da Urologia para adultos do sexo feminino: _____

9. Total de leitos pediátricos da Urologia: _____

10. Total de cirurgias robóticas por ano: _____

11. Total de cirurgias robóticas urológicas por ano: _____

12. Qual o número de internações da urologia de rotina por ano?

Total = _____ Masc. = _____ Fem. = _____ Ped. = _____

13. Possui Biblioteca? Sim Não

14. Os alunos têm acesso livre a periódicos eletrônicos de Urologia? Sim Não

III – Recursos Humanos

1. Chefe do Serviço:

Nome _____

Titulação Acadêmica: Mestre Doutor Livre Docente Titular

É Membro da S.B.U.? Sim Titular Efetivo Não

2. Supervisor do Programa de treinamento:

Nome _____

Titulação Acadêmica: Mestre Doutor Livre Docente Titular

É Membro da S.B.U.? Sim Titular Efetivo Não

3. Membros Médicos do Serviço:

Nome	Titulação Acadêmica Principal	Membro da SBU Titular/ Associado	Proctor (Certificação da SBU)

IV – Organização das Atividades

1. Qual a programação de atividades teóricas? Apresentar o currículo teórico a ser desenvolvidos pelos cirurgiões durante o treinamento como a respectiva carga horária prevista para cada atividade. (Anexar o programa à documentação enviada à SBU)
2. Qual a programação das atividades práticas? Apresentar a descrição do simulador e programação de treinamento em simulação. (Anexar o programa à documentação enviada à SBU)
3. Quais atividades teóricas ou teórico-práticas são feitas?

Atividade	Sim	Não	Periodicidade (No. Vezes mês/ano)
Reunião de discussão de casos			
Reunião de revisão bibliográfica			
Aulas teóricas ministradas pelos docentes			
Seminário preparado pelo aluno			
Reunião de morbimortalidade			
Reuniões multidisciplinares (especificar)			
Atividades no simulador			
Cirurgias robóticas (como observador)			
Cirurgias robóticas (como auxiliar)			
Cirurgias robóticas (como cirurgião principal no console)			

Outras atividades (especificar)			
---------------------------------	--	--	--

Comentários adicionais:

Consentimento Informado - LGPD

O signatário declara que leu o Termo de Consentimento Para Armazenamento, Tratamento e Transferência a Terceiros de Dados Pessoais em Conformidade com a Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (LGPD) e compreendeu e concordou com seus termos e condições, na forma contida no **Anexo I** deste documento

Rubrica:

Enviar esse formulário e a documentação solicitada para o e-mail abaixo:
certificacao.robotica@sbunet.org.br

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

_____ /_____/_____
Cidade Data

Nome do Supervisor do Programa - Assinatura

Nome do Chefe do Serviço de Urologia - Assinatura

Nome do Diretor Clínico do Hospital - assinatura

Apêndice

As instituições interessadas em obter o credenciamento de que trata a presente normativa devem prover tanto a parte teórica quanto a parte prática do treinamento dos profissionais com Registro de Qualificação e Especialidade (RQE) em área cirúrgica, observadas as exigências da Resolução SBU nº 01/2020, contendo a normativa de certificação robótica em urologia, sendo obrigatória a realização de ambas as etapas de treinamento (teórica e prática) na mesma instituição.

Para iniciar o processo de requerimento ou renovação de credenciamento a que se refere esta normativa, as instituições interessadas deverão apresentar a seguinte **documentação**:

- i. Currículo teórico a ser desenvolvidos pelos cirurgiões durante o treinamento, assim como a respectiva carga horária prevista para cada atividade, seguindo os critérios já determinados na normativa SBU/AMB, incluindo avaliação de proficiência.
- ii. Descrição do simulador e programação de treinamento em simulação, assim como a respectiva carga horária prevista para a atividade, seguindo os critérios já determinados na normativa SBU/AMB, incluindo avaliação de proficiência.
- iii. Relação dos preceptores e do responsável técnico pelo treinamento.
- iv. Relatório, assinado pelo diretor clínico da instituição, contendo, no mínimo, o número de cirurgias totais e urológicas realizadas previamente no centro de treinamento desde o início do programa de cirurgia robótica.
- v. Comprovante de quitação dos pagamentos devidos à SBU.