REVALIDA 2017
EXAME NACIONAL DE REVALIDAÇÃO DE DIPLOMAS MÉDICOS

AVALIAÇÃO DE HABILIDADES CLÍNICAS

Nome completo do(a) participante: Xxxxxxxxxxxxxxxx xx Xxxxxxxxxxxxxx xx Xxxxxxxxxxxxxxxxxx

Local de realização: Xxxxxxxxxxxxxxxx xx Xxxxxxxxxx

Data de realização: 99/99/9999

ESTAÇÃO **2**

EXEMPLO DE PREENCHIMENTO

Preencha os campos completamente e com nitidez, utilizando caneta esferográfica de **tinta preta**.

Nome do(a) EXAMINADOR(A):

ÁREA: CIRURGIA GERAL

CHECKLIST DO(A) EXAMINADOR(A)

MÓDULO DO(A) AUDITOR(A) QUE REALIZOU A 1ª AUDITORIA	Ⓐ Ⓑ Ⓒ Ⓓ Ⓔ Ⓕ	● **USO EXCLUSIVO DO(A) AUDITOR(A) RESERVA**
MÓDULO DO(A) AUDITOR(A) QUE REALIZOU A 2ª AUDITORIA	Ⓐ Ⓑ Ⓒ Ⓓ Ⓔ Ⓕ	○ **USO EXCLUSIVO DO(A) AUDITOR(A) RESERVA**

ITENS DE DESEMPENHO AVALIADOS		DESEMPENHO OBSERVADO		
ANAMNESE E PARAMENTAÇÃO		**INADEQUADO**	**PARCIALMENTE ADEQUADO**	**ADEQUADO**
1. Identifica-se adequadamente para o paciente.		○	—	○
2. Realiza a anamnese identificando o estado de vacinação do paciente.		○	—	○
3. Indica e explica a realização do procedimento de exploração digital de forma adequada ao paciente.	• **Inadequado: se não realizar o procedimento de exploração digital;** • **Parcialmente adequado: se não explicar a necessidade ou a técnica do procedimento ao paciente;** • **Adequado: se realizar e explicar o procedimento de exploração digital.**	○	○	○
4. Coloca primeiramente o gorro e a máscara adequadamente.	• **Inadequado: se inverter a ordem de realização dos itens 4 e 5.**	○	—	○
5. Coloca as luvas de procedimento (ou estéreis).	• **Inadequado: se inverter a ordem de realização dos itens 4 e 5.**	○	—	○
REALIZAÇÃO DO PROCEDIMENTO DE EXPLORAÇÃO DO FERIMENTO ABDOMINAL		**INADEQUADO**	**PARCIALMENTE ADEQUADO**	**ADEQUADO**
6. Simula a antissepsia das bordas da lesão com clorexidina alcoólico.		○	—	○
7. Simula a realização da anestesia local das bordas íntegras do ferimento.		○	—	○
8. Realiza a troca de luvas com colocação obrigatória de luvas estéreis.		○	—	○
9. Explora digitalmente o ferimento com luva estéril, identifica e verbaliza a integridade do peritônio.	• **Se o(a) participante verbalizar que houve violação peritoneal, considerar INADEQUADOS os itens a seguir (10 a 15).**	○	—	○
10. Indica a realização de sutura do ferimento.		○	—	○
ORIENTAÇÕES		**INADEQUADO**	**PARCIALMENTE ADEQUADO**	**ADEQUADO**
11. Orienta o paciente a respeito da conduta não operatória e da necessidade de observação clínica por curto período (cerca de 6 horas).	• **Inadequado: se não orientou o paciente;** • **Parcialmente adequado: se não faz a orientação acima de forma integral;** • **Adequado: se faz a orientação completa.**	○	○	○
12. Orienta o paciente acerca da retirada dos pontos entre o 5º e o 7º dia após procedimento.		○	—	○
13. Orienta o paciente acerca da necessidade do reforço da vacinação antitetânica.		○	—	○
14. Explica ao paciente que não é necessário o uso de antibióticos.		○	—	○
15. Orienta o paciente acerca das situações de retorno ao serviço de saúde: piora da dor, alterações do hábito intestinal, febre ou queda/piora do estado geral.	• **Inadequado: se não orientar o paciente;** • **Parcialmente adequado: se fornecer apenas uma ou duas das orientações mencionadas;** • **Adequado: se fornecer três ou quatro das orientações mencionadas.**	○	○	○

AVALIAÇÃO GLOBAL

Desempenho do(a) participante nessa estação; assinale um dos itens a seguir.

○ ← **INADEQUADO** ○ ← **MINIMAMENTE ADEQUADO** ○ ← **ADEQUADO**

assinatura do(a) examinador(a)

Caso necessário, registre no verso desta Planilha as observações.

INEP MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO MINISTÉRIO DA SAÚDE

REVALIDA 2017
EXAME NACIONAL DE REVALIDAÇÃO DE DIPLOMAS MÉDICOS

AVALIAÇÃO DE HABILIDADES CLÍNICAS

Nome completo do(a) participante:
Xxxxxxxxxxxxxxxx xx Xxxxxxxxxxxxxx xx Xxxxxxxxxxxxxxxxxx

Local de realização:
Xxxxxxxxxxxxxxxx xx Xxxxxxxxxx

Data de realização:
99/99/9999

ESTAÇÃO
2

EXEMPLO DE PREENCHIMENTO

Preencha os campos completamente e com nitidez, utilizando caneta esferográfica de **tinta preta**.

PARA USO EXCLUSIVO DO(A) AUDITOR(A) DO MÓDULO

O campo abaixo somente será utilizado se um ou mais itens forem marcados erroneamente pelo(a) médico(a) examinador(a).

	INADEQUADO	PARCIALMENTE ADEQUADO	ADEQUADO
1	○		○
2	○		○
3	○	○	○
4	○		○
5	○		○
6	○		○
7	○		○
8	○		○

	INADEQUADO	PARCIALMENTE ADEQUADO	ADEQUADO
9	○		○
10	○		○
11	○	○	○
12	○		○
13	○		○
14	○		○
15	○	○	○

OBSERVAÇÕES IMPORTANTES

assinatura do(a) examinador(a)

assinatura do(a) auditor(a) do módulo