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 Xxxxxxxxxxx

Data de realização: 99/99/9999

ESTAÇÃO 10

EXEMPLO DE PREENCHIMENTO

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

Nome do(a) EXAMINADOR(A):

ÁREA: MEDICINA DA FAMÍLIA E COMUNIDADE/SAÚDE COLETIVA

CHECKLIST DO(A) EXAMINADOR(A)

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

ITENS DE DESEMPENHO AVALIADOS	DESEMPENHO OBSERVADO		
RESTAURAÇÃO DO VÍNCULO POR MEIO DE HABILIDADES DE COMUNICAÇÃO	**INADEQUADO**	**PARCIALMENTE ADEQUADO**	**ADEQUADO**
1. Reconstrói relacionamento de confiança com paciente do seguinte modo: (1) cumprimenta o paciente; (2) explica o motivo da visita domiciliar; (3) escuta atentamente, sem interromper a sua fala, demonstrando interesse por sua história; (4) sintoniza-se com sentimentos vividos pelo paciente no momento (empatia); (5) reconhece o ressentimento do paciente com o(a) médico(a). • **Inadequado: se praticar 0, 1 ou 2 atitudes citadas;** • **Parcialmente adequado: se praticar 3 ou 4 das atitudes citadas;** • **Adequado: se praticar as 5 atitudes citadas.**	○	○	○
2. Desenvolve comunicação não verbal: posiciona a cadeira de forma a se aproximar fisicamente do paciente; e direciona e sustenta o olhar para o paciente em grande parte do tempo da visita.	○	—	○
3. A partir da pergunta: "eu não tinha pensado que era um problema no meu coração, mas o(a) senhor(a) não podia ter pensado nisso?" reconhece que a dor do paciente poderia ter sido melhor investigada.	○	—	○
4. A partir da pergunta: "o que será da minha vida com esse coração fraco? Eu tive um infarto." pondera o modo de vida do paciente no passado, presente e futuro, levando em consideração necessariamente os seus desejos e interesses na vida e constrói com o paciente um plano de cuidado individual e de autocuidado, valorizando a sua participação ativa. **Observação:** Considerar inadequado se houver imposição da mudança, baseando-se apenas em informações biomédicas.	○	—	○
ORIENTAÇÕES PARA O PLANO DE CUIDADO	**INADEQUADO**	**PARCIALMENTE ADEQUADO**	**ADEQUADO**
5. Orienta o paciente a respeito de nutrição: (1) encoraja redução da ingesta diária de sal, gorduras saturadas / trans e colesterol; (2) estimula aumento de ingesta de frutas, vegetais e peixes; (3) pactua com o paciente a meta a ser avaliada em toda consulta (IMC entre 18,5-24,9 kg/m^2 e circunferência abdominal <102 cm). • **Inadequado: se fornecer 0 ou 1 orientação;** • **Parcialmente adequado: se fornecer 2 orientações;** • **Adequado: se fornecer as 3 orientações.**	○	○	○
6. Orienta o paciente acerca da atividade sexual, que pode ser reiniciada em 2 a 4 semanas após a alta hospitalar.	○	—	○
7. Contraindica o uso de citrato de sildenafila.	○	—	○
8. Orienta o paciente a respeito da manutenção da prescrição medicamentosa pós-alta.	○	—	○
9. Orienta o paciente da necessidade de acompanhamento na UBS e de plano integrado de cuidado pela equipe de saúde da família.	○	—	○
10. Orienta o paciente acerca da importância de retorno às consultas com o especialista da unidade hospitalar de referência para o caso.	○	—	○

AVALIAÇÃO GLOBAL

Desempenho do(a) participante nesta 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.

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 Xxxxxxxxxxx

Data de realização:
99/99/9999

ESTAÇÃO
10

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	○		○

	INADEQUADO	PARCIALMENTE ADEQUADO	ADEQUADO
7	○		○
8	○		○
9	○		○
10	○		○

OBSERVAÇÕES IMPORTANTES

assinatura do(a) examinador(a)

assinatura do(a) auditor(a) do módulo