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 5

EXEMPLO DE PREENCHIMENTO

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

Nome do EXAMINADOR(A):

ÁREA: MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE/ SAÚDE COLETIVA

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		
HABILIDADE DE COMUNICAÇÃO		**INADEQUADO**	**PARCIALMENTE ADEQUADO**	**ADEQUADO**
1. Relação médico-paciente: (a) cumprimenta a paciente, pergunta seu nome e identifica-se; (b) pergunta o motivo da vinda da paciente; (c) ouve com atenção a queixa sem interromper a sua fala, demonstrando interesse por sua história; (d) olha para a paciente durante a maior parte da consulta.	• **Inadequado: se realizar 0 ou 1 item;** • **Parcialmente adequado: se realizar 2 ou 3 itens;** • **Adequado: se realizar os 4 itens.**	○	○	○
ANAMNESE		**INADEQUADO**	**PARCIALMENTE ADEQUADO**	**ADEQUADO**
2. Pergunta sobre características da dor: (1) início; (6) localização; (2) frequência; (7) fatores de piora; (3) duração; (8) fatores de melhora; (4) tipo; (9) impacto na funcionalidade; (5) intensidade; (10) limitação de movimento.	• **Inadequado: se perguntar de 0 a 3 itens;** • **Parcialmente adequado: se perguntar de 4 a 7 itens;** • **Adequado: se perguntar 8 ou mais itens.**	○	○	○
3. Investiga: (1) história familiar; (2) histórico ocupacional (atividades laborais, condições de trabalho); (3) trabalho na atualidade, incluindo ambiente e processo.	• **Inadequado: se investigar 0 ou 1 item;** • **Parcialmente adequado: se investigar 2 itens;** • **Adequado: se investigar os 3 itens.**	○	○	○
4. Investiga sintomas de transtorno de ansiedade generalizada: (1) preocupações; (4) alteração no sono; (2) tensão muscular; (5) alteração do apetite; (3) irritabilidade; (6) alteração da atenção ou concentração.	• **Inadequado: se investigar 0 ou 1 item;** • **Parcialmente adequado: se investigar 2 ou 3 itens;** • **Adequado: se investigar 4 ou mais itens.**	○	○	○
5. Investiga sintomas específicos de depressão não compartilhados com transtorno de ansiedade generalizada: (1) tristeza; (2) perda de interesse ou prazer; (3) ideação ou plano suicida; (4) pensamentos de ruína ou culpa.	• **Inadequado: se investigar 0 ou 1 item;** • **Parcialmente adequado: se investigar somente 2 itens;** • **Adequado: se investigar 3 ou 4 itens.**	○	○	○
EXAME FÍSICO E EXAMES COMPLEMENTARES		**INADEQUADO**	**PARCIALMENTE ADEQUADO**	**ADEQUADO**
6. Solicita e interpreta o exame físico (sem alterações, exceto contratura muscular cervical) e comunica o resultado à paciente.		○	—	○
7. Interpreta o laudo do exame de RX da coluna cervical e do ombro direito (sem alterações) e comunica o resultado à paciente.		○	—	○
DIAGNÓSTICOS		**INADEQUADO**	**PARCIALMENTE ADEQUADO**	**ADEQUADO**
8. Comunica o diagnóstico de dor crônica devido a lesão por esforço repetido (LER), relacionada ao trabalho (DORT).		○	—	○
9. Comunica o diagnóstico de transtorno de ansiedade generalizada (TAG).	• **Inadequado: se não comunicar transtorno de ansiedade generalizada ou se comunicar outro diagnóstico;** • **Parcialmente adequado: se comunicar transtorno de ansiedade;** • **Adequado: se comunicar transtorno de ansiedade generalizada (TAG).**	○	○	○
CONDUTAS		**INADEQUADO**	**PARCIALMENTE ADEQUADO**	**ADEQUADO**
10. Comunica a importância da longitudinalidade do cuidado da condição crônica pela equipe de saúde da família, com possibilidade de matriciamento (NASF e/ou CAPS).	• **Inadequado: se não verbalizar retorno ou necessidade de atendimento longitudinal e não orientar sobre NASF ou CAPS;** • **Parcialmente adequado: se verbalizar somente retorno ou necessidade de atendimento longitudinal ou se orientar somente sobre atendimento no NASF ou CAPS;** • **Adequado: se verbalizar retorno ou necessidade de atendimento longitudinal e orientar sobre atendimento no NASF e ou CAPS.**	○	○	○

CONTINUA NO VERSO DESTE *CHECKLIST*.

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
5

EXEMPLO DE PREENCHIMENTO

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

ITENS DE DESEMPENHO AVALIADOS	DESEMPENHO OBSERVADO		
CONDUTAS *(continuação)*	INADEQUADO	PARCIALMENTE ADEQUADO	ADEQUADO
11. Prescreve terapêutica para dor crônica: (1) ginástica laboral; (2) interrupções sistemáticas na atividade de trabalho; (3) anti-inflamatórios não esteroides. • **Inadequado: se prescrever 0 ou 1 item;** • **Parcialmente adequado: se prescrever 2 itens;** • **Adequado: se prescrever os 3 itens.**	○	○	○
12. Verbaliza a terapêutica para transtorno de ansiedade generalizada: (1) tratamento medicamentoso: ISRS (fluoxetina, sertralina, paroxetina, fluvoxamina, citalopram, escitalopram) OU IRSN (venlafaxina, desvenlafaxina ou duloxetina). (2) psicoterapia cognitivo-comportamental OU intervenções psicossociais em atenção primária à saúde (atuação de NASF e/ou CAPS, terapia comunitária, grupos de autocuidado, terapias complementares). • **Inadequado: se não verbalizar tratamento;** • **Parcialmente adequado: se verbalizar somente um dos dois tratamentos;** • **Adequado: se verbalizar tratamento medicamentoso e psicoterápico/psicossocial.**	○	○	○
13. Orienta a paciente a praticar exercício físico regular após controle da dor.	○	—	○

AVALIAÇÃO GLOBAL

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

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

assinatura do(a) examinador(a)

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	○		○

	INADEQUADO	PARCIALMENTE ADEQUADO	ADEQUADO
8	○		○
9	○	○	○
10	○	○	○
11	○	○	○
12	○	○	○
13	○		○

OBSERVAÇÕES IMPORTANTES

assinatura do(a) examinador(a)

assinatura do(a) auditor(a) do módulo