REVALIDA 2017
EXAME NACIONAL DE REVALIDAÇÃO DE DIPLOMAS MÉDICOS

AVALIAÇÃO DE HABILIDADES CLÍNICAS

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

ESTAÇÃO 1

Local de realização: Xxxxxxxxxxxxxxxx xx Xxxxxxxxxx

Data de realização: 99/99/9999

EXEMPLO DE PREENCHIMENTO

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

Nome do(a) EXAMINADOR(A):

ÁREA: CLÍNICA MÉDICA

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 / HABILIDADES DE COMUNICAÇÃO		**INADEQUADO**	**PARCIALMENTE ADEQUADO**	**ADEQUADO**
1. Cumprimenta o paciente e identifica-se adequadamente.		○	—	○
2. Pergunta sobre: – dieta; – tabagismo; – alcoolismo.	• **Inadequado: se não perguntar sobre nenhum dos itens;** • **Parcialmente adequado: se perguntar sobre 1 ou 2 itens;** • **Adequado: se perguntar os 3 itens.**	○	○	○
3. Pergunta sobre o uso de medicamentos.		○	—	○
4. Identifica o ganho ponderal como fator de risco da doença do refluxo gastroesofágico (DRGE).		○	—	○
DIAGNÓSTICO		**INADEQUADO**	**PARCIALMENTE ADEQUADO**	**ADEQUADO**
5. Solicita endoscopia digestiva alta.		○	—	○
6. Esclarece que a presença de esofagite severa faz o diagnóstico de DRGE.		○	—	○
7. Esclarece o papel, na gênese da úlcera duodenal: – do uso de fármacos anti-inflamatórios (diclofenaco); – do *Helicobacter pylori*.	• **Inadequado: se não esclarecer nenhum dos fatores;** • **Parcialmente adequado: se esclarecer somente um dos dois fatores;** • **dequado: se esclarecer ambos os fatores.**	○	○	○
CONDUTA		**INADEQUADO**	**PARCIALMENTE ADEQUADO**	**ADEQUADO**
8. Orienta mudança de hábitos: – Fracionar a dieta; – Diminuir a ingesta de gorduras; – Evitar refeições volumosas; – Evitar refeição antes de deitar (cerca de 2h); – Evitar uso de anti-inflamatório não esteroidal.	• **Inadequado: se não orientar nenhum dos hábitos;** • **Parcialmente adequado: se orientar de 1 a 3 hábitos;** • **Adequado: se orientar 4 ou 5 hábitos.**	○	○	○
9. Orienta redução de peso.		○	—	○
10. Verbaliza a prescrição de: – Inibidor de bomba de prótons (IBP) para tratamento: omeprazol, pantoprazol, rabeprazol ou lansoprazol; – Antibióticos de primeira linha para tratamento da infecção por *Helicobacter pylori*: sais de bismuto, amoxicilina, claritromicina, metronidazol e tetraciclina.	• **Inadequado: se indicar antiácidos e bloqueador H2 (cimetidina, ranitidina etc);** • **Parcialmente adequado: se indicar apenas uso de IBP OU se indicar uso de IBP e apenas um ou nenhum dos antibióticos indicados;** • **Adequado: se indicar uso de IBP em conjunto com pelo menos dois dos antibióticos mencionados.**	○	○	○

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.

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
1

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	○		○

	INADEQUADO	PARCIALMENTE ADEQUADO	ADEQUADO
6	○		○
7	○	○	○
8	○	○	○
9	○		○
10	○	○	○

OBSERVAÇÕES IMPORTANTES

assinatura do(a) examinador(a)

assinatura do(a) auditor(a) do módulo