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
8

EXEMPLO DE PREENCHIMENTO

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

Nome do(a) EXAMINADOR(A):

ÁREA: PEDIATRIA

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		
RECEPÇÃO DA MÃE	**INADEQUADO**	**PARCIALMENTE ADEQUADO**	**ADEQUADO**
1. Identifica-se, cumprimenta e acolhe a mãe.	○	—	○
EXPLICAÇÃO E DEMONSTRAÇÃO DA MANOBRA DE DESOBSTRUÇÃO DE VIAS AÉREAS E SUA EVOLUÇÃO	**INADEQUADO**	**PARCIALMENTE ADEQUADO**	**ADEQUADO**
2. Demonstra, explicando por meio de termos que a mãe possa entender, os quatro passos de desobstrução de vias aéreas: **Passo 1** – Posicionar a criança de bruços no antebraço, apoiando-a na coxa, com a cabeça mais baixa que o tórax/corpo. **Passo 2** – Aplicar cinco pancadas/golpes/tapas entre as escápulas/no meio das costas/entre os ombros, com a mão/"calcanhar da mão". **Passo 3** – Colocar o outro antebraço nas costas da criança e virá-la, manter a cabeça da criança em nível inferior ao tórax, sempre apoiando o braço sobre a coxa. **Passo 4** – Fazer, então, cinco compressões torácicas com dois dedos, sobre o osso central do peito (esterno). • **Inadequado: se demonstrar e explicar 1 ou nenhum passo;** • **Parcialmente adequado: se demonstrar e explicar 2 ou 3 passos;** • **Adequado: se demonstrar e explicar os 4 passos.**	○	○	○
3. Explica que, (1) caso a criança melhore durante a manobra, a mãe deve pará-la; (2) caso a criança não melhore, a mãe deve repetir os passos até a melhora; (3) caso a criança desmaie, a mãe deve chamar ajuda e iniciar respiração boca a boca nariz e compressões torácicas. • **Inadequado: se não explicar nenhuma condição;** • **Parcialmente adequado: se explicar apenas 1 ou 2 destas condições;** • **Adequado: se explicar as 3 condições.**	○	○	○
4. Orienta corretamente o modo de prevenção de morte súbita: 1) colocar o bebê para dormir sempre no berço e 2) colocar o bebê para dormir com a barriga para cima (posição supina). • **Inadequado: se não fornecer nenhuma orientação;** • **Parcialmente adequado: se fornecer apenas 1 orientação;** • **Adequado: se fornecer as 2 orientações.**	○	○	○
5. Explica corretamente o modo de prevenção de queimaduras: testar a temperatura da água antes de colocar o bebê na banheira.	○	—	○
6. Explica corretamente o modo de prevenção de acidentes automobilísticos com crianças com menos de 1 ano de idade: utilizar cadeira de segurança do tipo bebê conforto, no banco traseiro, voltada para o vidro traseiro do carro.	○	—	○
7. Orienta corretamente sobre a prevenção de quedas: 1) manter sempre uma mão segurando o bebê no trocador, se precisar pegar algo durante a troca de fraldas; 2) nunca deixar o bebê sozinho em mesas, camas ou outros móveis, mesmo que seja por pouco tempo. • **Inadequado: se não fornecer nenhuma orientação;** • **Parcialmente adequado: se fornecer apenas 1 orientação;** • **Adequado: se fornecer as 2 orientações.**	○	○	○
8. Utiliza linguagem adequada, sem termos técnicos, durante toda a orientação.	○	—	○

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

8115195055

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
8

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	○	○	○

	INADEQUADO	PARCIALMENTE ADEQUADO	ADEQUADO
5	○		○
6	○		○
7	○	○	○
8	○		○

OBSERVAÇÕES IMPORTANTES

assinatura do(a) examinador(a)

assinatura do(a) auditor(a) do módulo