**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**
**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** | Ⓐ Ⓑ Ⓒ Ⓓ Ⓔ Ⓕ | ● **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 | | |
|---|---|---|---|
| **RESTAURAÇÃO DO VÍNCULO POR MEIO DE HABILIDADES DE COMUNICAÇÃO** | **INADEQUADO** | **PARCIALMENTE ADEQUADO** | **ADEQUADO** |
| **1.** Reconstrói relacionamento de confiança com paciente do seguinte modo:<br>(1) cumprimenta o paciente;<br>(2) explica o motivo da visita domiciliar;<br>(3) escuta atentamente, sem interromper a sua fala, demonstrando interesse por sua história;<br>(4) sintoniza-se com sentimentos vividos pelo paciente no momento (empatia);<br>(5) reconhece o ressentimento do paciente com o(a) médico(a).<br>• **Inadequado: se praticar 0, 1 ou 2 atitudes citadas;**<br>• **Parcialmente adequado: se praticar 3 ou 4 das atitudes citadas;**<br>• **Adequado: se praticar as 5 atitudes citadas.** | ○ | ○ | ○ |
| **2.** Desenvolve comunicação não verbal: **ficou em pé, se aproxima, 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.<br>**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:<br>(1) encoraja redução da ingesta diária de sal, gorduras saturadas / trans e colesterol;<br>(2) estimula aumento de ingesta de frutas, vegetais e peixes;<br>(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).<br>• **Inadequado: se fornecer 0 ou 1 orientação;**<br>• **Adequado: se fornecer as 2 orientações.** | ○ | ○ | ○ |
| **6.** Orienta o paciente acerca da atividade sexual, que pode ser reiniciada em 2 a 4 semanas após a alta hospitalar.<br>• **Inadequado: se considerado manter relações sexuais após IAM recente.**<br>• **Adequado: se orienta favoravelmente a possibilidade de manter relações sexuais após IAM recente.** | ○ | — | ○ |
| **7.** ~~Contraindica o uso de citrato de sildenafila.~~ **(Anular por decisão da comissão).** | ○ | — | ○ |
| **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.**

INEP MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO MINISTÉRIO DA SAÚDE

6992238335

**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**
**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