

ÁREA RESERVADA

**Disciplina**

- Clínica Médica  
 Cirurgia Geral  
 Gineco. e Obstetrícia  
 Pediatria  
 Medicina Preventiva

Inscrição

--	--	--

**CARTÃO RESPOSTA PROVA PRÁTICA -CLÍNICA MÉDICA**

Item	Questões	SIM	NÃO
01	Perguntou durante anamnese sobre eventos antecedenes maiores? - Insuficiência coronariana <b>OU</b> acidente vascular encefálico.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
02	Perguntou durante anamnese sobre hábitos inadequados? - Estilismo <b>E</b> tabagismo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
03	Posicionou/orientou o paciente de maneira adequada para a aferição da pressão arterial? - Permanecer sentado <b>E</b> membros inferiores descruzados <b>E</b> orientar silêncio ao paciente.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
04	Executou medida palpatória adequada, antes da medida auscultatória? - Palpação de artéria braquial homolateral <b>OU</b> palpação de artéria radial homolateral.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
05	Executou medida auscultatória adequada? - Insufiou o manguito corretamente <b>E</b> posição formal anatômica da braçadeira <b>E</b> posição correta da campânula do estetoscópio.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
06	Organizou corretamente os itens da prescrição? - Identificação do paciente <b>E</b> identificação da via de administração <b>E</b> legibilidade da prescrição <b>E</b> identificação do médico prescritor.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
07	Prescreveu associação adequada de anti-hipertensivos? - Fármacos de categorias distintas <b>E</b> nome genérico.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
08	Descreveu posologia adequadamente? - Dosagem <b>E</b> via de administração <b>E</b> horário de administração <b>E</b> período de uso.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
09	Orientou para o paciente a receita claramente, em linguagem simples?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	Orientou medidas não farmacológicas? - Suspensão do fumo <b>E</b> redução <b>OU</b> suspensão do álcool <b>E</b> redução do sal.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<hr style="width: 80%; margin: auto;"/>
---

AVALIADOR ASSINE DENTRO DESTA ÁREA

ÁREA RESERVADA

**Disciplina**

- Clínica Médica  
 Cirurgia Geral  
 Gineco. e Obstetrícia  
 Pediatria  
 Medicina Preventiva

Inscrição

--	--	--

**CARTÃO RESPOSTA PROVA PRÁTICA - CIRURGIA GERAL**

Item	Questões	SIM	NÃO
01	Paramentou-se: luva e máscara?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
02	Realizou avaliação e controle de coluna cervical?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
03	Aplicou curativo de três pontos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
04	Indicou acesso venoso e reposição volêmica?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
05	Realizou drenagem torácica em selo d'água?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
06	Realizou limpeza e sutura do ferimento?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
07	Indicou analgesia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
08	Indicou antibioticoterapia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
09	Solicitou exames laboratoriais: hemograma e tipagem sanguínea?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	Solicitou Raio X de controle?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<hr style="width: 80%; margin: auto;"/>
---

AVALIADOR ASSINE DENTRO DESTA ÁREA

ÁREA RESERVADA

**Disciplina**

- Clínica Médica  
 Cirurgia Geral  
 Gineco. e Obstetrícia  
 Pediatria  
 Medicina Preventiva

Inscrição

--	--	--

**CARTÃO RESPOSTA PROVA PRÁTICA - GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA**

Item	Questões	SIM	NÃO
01	Solicitou o cartão do pré-natal?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
02	Leu o cartão de pré-natal, questionou sobre a data da última menstruação e/ou USG do primeiro trimestre para avaliar a idade gestacional?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
03	Questionou sobre tempo que está perdendo líquido?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
04	Questionou sobre a quantidade, coloração e odor do líquido?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
05	Questionou sobre sinais de infecção (febre e mal-estar)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
06	Mediu o fundo do útero (1 manobra)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
07	Realizou as outras manobras de LEOPOLD (2ª e 3ª manobras)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
08	Auscultou o BCF?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
09	Realizou exame especular adequadamente (introduziu o espéculo obliquamente, observou o líquido, retirou o espéculo adequadamente)? *o candidato deverá fechar o espéculo, rotacionar e remover após o avaliador mostrar a foto do exame.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	Acertou o diagnóstico de amniorrexe prematura?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<hr style="width: 80%; margin: 0 auto;"/>
---

AVALIADOR ASSINE DENTRO DESTA ÁREA

ÁREA RESERVADA

**Disciplina**

- Clínica Médica  
 Cirurgia Geral  
 Gineco. e Obstetrícia  
 Pediatria  
 Medicina Preventiva

Inscrição

--	--	--

**CARTÃO RESPOSTA PROVA PRÁTICA - PEDIATRIA**

Item	Questões	SIM	NÃO
01	Identificou-se para a família?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
02	Indagou sobre histórico de asma?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
03	Indagou sobre febre?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
04	Indagou sobre as características da tosse (fator de piora <b>OU</b> produtiva/seca <b>OU</b> escarro com sangue?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
05	Indagou sobre contactantes com tuberculose?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
06	Indagou sobre cefaleia <b>OU</b> dor/pressão no rosto?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
07	Realizou oroscopia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
08	Realizou exame do aparelho respiratório?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
09	Considerou o diagnóstico de pneumonia afebril/atípica?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	Considerou antibioticoterapia com macrolídeo <b>OU</b> orientou reavaliação?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

---

AVALIADOR ASSINE DENTRO DESTA ÁREA

ÁREA RESERVADA

**Disciplina**

- Clínica Médica  
 Cirurgia Geral  
 Gineco. e Obstetrícia  
 Pediatria  
 Medicina Preventiva

Inscrição

--	--	--

**CARTÃO RESPOSTA PROVA PRÁTICA - MEDICINA PREVENTIVA**

Item	Questões	SIM	NÃO
01	<b>Quanto as iniciativas de abordagem e avaliação da situação:</b> Identificou-se como médico (e/ou apresentou-se à paciente) e dirigiu-se à mesma fazendo-lhe perguntas pessoais como nome e idade?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
02	<b>Quanto as iniciativas de abordagem e avaliação da situação:</b> Perguntou sobre outras pessoas acometidas na comunidade?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
03	<b>Quanto as iniciativas de abordagem e avaliação da situação:</b> Agiu para obter uma história clínica focada?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
04	<b>Quanto as iniciativas de avaliação de atenção à saúde da paciente:</b> Realizou exame da paciente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
05	<b>Quanto as iniciativas de avaliação de atenção à saúde da paciente:</b> Medicou a paciente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
06	<b>Quanto as iniciativas de avaliação de atenção à saúde da paciente:</b> Instruiu a paciente sobre o diagnóstico e/ou conduta?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
07	<b>Quanto as iniciativas de avaliação de atenção à saúde da paciente:</b> Providenciou a remoção da paciente para tratamento hospitalar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
08	<b>Quanto as iniciativas de proteção da comunidade:</b> Providenciou remoção de macaco morto para investigação epidemiológica?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
09	<b>Quanto as iniciativas de proteção da comunidade:</b> Notificou o caso para a vigilância epidemiológica?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	<b>Quanto as iniciativas de proteção da comunidade:</b> Providenciou vacinação para a comunidade?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<hr style="width: 80%; margin: auto;"/>
---

AVALIADOR ASSINE DENTRO DESTA ÁREA