

**Ministério da Saúde - Direcção dos Recursos Humanos**  
**Departamento de Formação (Repartição de Bolsas e Formação Contínua)**  
**RESUMO DO CURSO**

Ficha nº 1

**A SEGUINTE INFORMACAO DEVE SER PREENCHIDA PELO COORDENADOR DA FORMACAO**

Nome do curso: _____	Data do Início do Curso: _____ Dia/mês/ano
Nome do Coordenador do Curso: _____	Data do Fim do Curso: _____ Dia/mês/ano
Modalidade Formação: <b>(<input checked="" type="checkbox"/> SELECCIONE SOMENTE UM):</b> <input type="checkbox"/> 1: Curso de Capacitação/Actualização <input type="checkbox"/> 2: Workshop/Oficina de Trabalho <input type="checkbox"/> 3: Reciclagem <input type="checkbox"/> 4: Simpósio <input type="checkbox"/> 5: Curso Modular <input type="checkbox"/> 6: Teleconferência <input type="checkbox"/> 7: Outro, especifique: _____	Duração do Curso em: _____ horas
	<b>Local da formação:</b> Nome do Local da Formação: _____ Província: _____ Distrito: _____ Posto Administrativo: _____ Cidade _____

Escolha somente um TEMA

AREA DE FORMACAO / PROGRAMA	TEMA
Banco de sangue	<input type="checkbox"/> Transfusão segura
Laboratório	<input type="checkbox"/> Gestão de Laboratório
	<input type="checkbox"/> Laboratório clínico
Biossegurança	<input type="checkbox"/> PCI
	<input type="checkbox"/> Injecção segura e manejo de Lixo
	<input type="checkbox"/> Esterilização
	<input type="checkbox"/> Manejo de Lixo
Farmácia	<input type="checkbox"/> Logística de medicamentos
	<input type="checkbox"/> Gestão de Antiretrovirais
Saúde Reprodutiva	<input type="checkbox"/> Cuidados Obstétricos Básicos
	<input type="checkbox"/> Cuidados Obstétricos Completos
	<input type="checkbox"/> Consultas de SMI
	<input type="checkbox"/> Logística de PF
Saúde Infantil	<input type="checkbox"/> AIDI
	<input type="checkbox"/> Cuidados Essenciais do Recém-nascido
Saúde Escolar e do Adolescente	<input type="checkbox"/> Saúde Sexual e Reprodutiva de adolescentes e jovens
	<input type="checkbox"/> Saúde Escolar
Repartição de Educação em Saúde Pública (RESP)	<input type="checkbox"/> Participação comunitária
	<input type="checkbox"/> Comunicação Inter Pessoal e aconselhamento
Nutrição	<input type="checkbox"/> Pacote mínimo nutricional
	<input type="checkbox"/> Aleitamento materno
Saúde Mental	<input type="checkbox"/> Aconselhamento para técnicos de psiquiatria
	<input type="checkbox"/> Clínica de doenças psiquiátricas
Tuberculose	<input type="checkbox"/> Gestão de Laboratório
	<input type="checkbox"/> Curso Clínico de TB
	<input type="checkbox"/> TB/HIV

Malária	<input type="checkbox"/> Atualização dos Clínicos no Diagnóstico e Tratamento da Malária <input type="checkbox"/> Formação de Rociadores <input type="checkbox"/> Atualização de Técnico de Laboratório (Parasitologia)
Epidemiologia	<input type="checkbox"/> Vigilância epidemiológica <input type="checkbox"/> Curso clínico (hipertensão arterial, diabetes e trauma)
PAV	<input type="checkbox"/> Gestão da cadeia de frio <input type="checkbox"/> Normas de PAV
Medicina Tradicional	<input type="checkbox"/> ITS/HIV/SIDA para Praticantes de Medicina Tradicional
Manejo de ITS	<input type="checkbox"/> Gestão e supervisão <input type="checkbox"/> Sistema de Notificação das ITS e SIDA <input type="checkbox"/> ITS clínico
Saúde Ambiental	<input type="checkbox"/> Normas de saúde ambiental <input type="checkbox"/> Uso de kit de laboratório
Monitoria e Avaliação	<input type="checkbox"/> Monitoria e Avaliação <input type="checkbox"/> Sistema de Informação de Saúde <input type="checkbox"/> Sistema de Informação das Formações (SIFo)
<b>HIV/SIDA (COMPONENTES)</b>	<b>TEMA</b>
• Tratamento	<input type="checkbox"/> TARV e IOs para médicos <input type="checkbox"/> TARV e IOs para pessoal não médicos <input type="checkbox"/> TARV Pediátrico <input type="checkbox"/> Curso de IOs para pessoal não médico <input type="checkbox"/> Curso básico de HIV e IOs para pessoal não médico <input type="checkbox"/> Aderência <input type="checkbox"/> Organização e Gestão de Hospitais de Dia
• ATV	<input type="checkbox"/> ATV
• PTV	<input type="checkbox"/> PTV
• Cuidados Domiciliários	<input type="checkbox"/> Cuidados Domiciliários

**Outros:**

Área de Formação/Programa	Tema

**Número Total de Participantes:** \_\_\_\_\_ (Recolher as fichas de Registo dos Participantes)

Realizou avaliação de conhecimentos dos participantes?:  Sim  Não

Teste	Nota Mínima	Nota Média	Nota Máxima
Pré-teste			
Pós-teste			

Teve sessões práticas durante o curso?  Sim  Não

Se sim, especifique o número de horas práticas na US/outro \_\_\_\_\_

Planificação de seguimento após curso  Sim  Não

Instituição/Agências/ONGs financiador: \_\_\_\_\_

**Montante:**

Orçamento \_\_\_\_\_ (USD) ou \_\_\_\_\_ (MT)

**Favor retornar esta Ficha de Informação de Curso e todas as Fichas do Registo dos Participantes deste evento para:  
FORMAÇÃO CONTÍNUA**