

**Ministério da Saúde**  
**Direcção dos Recursos Humanos**  
**Departamento de Formação (Repartição de Bolsas e Formação Contínua)**  
**FICHA DE REGISTO PARA FACILITADOR DO CURSO**

**Ficha nº 2**

<b>Nome(s):</b> _____ <b>Apelido(s):</b> _____ <b>Data de nascimento:</b> ____/____/____ <span style="margin-left: 100px;">dia/mês/ano</span> <b>Numero de BI:</b> _____	<b>Telefone fixo:</b> _____ <b>Telemóvel</b> _____ <b>E-mail(s):</b> _____ <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <b>Sexo:</b> <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M       </div>
--	--

<b>Nome do curso:</b> _____	<b>Data do início :</b> ____/____/____ <span style="margin-left: 100px;">dia/mês/ano</span>
<b>Data do Fim:</b> ____/____/____ <span style="margin-left: 100px;">dia/mês/ano</span>	

<b>Local de trabalho (PREËNCHA):</b>	<b>Tipo de instituição (☑ SELECCIONE UMA):</b>
Nome da instituição: _____ Telefone: _____ Fax: _____ Província: _____ Distrito: _____ Posto administrativo: _____ Cidade: _____	<input type="checkbox"/> Hospital Provincial <input type="checkbox"/> DPS <input type="checkbox"/> Hospital Geral <input type="checkbox"/> DDS <input type="checkbox"/> Hospital Central <input type="checkbox"/> PS <input type="checkbox"/> Hospital Rural <input type="checkbox"/> Associação comunitária <input type="checkbox"/> Hospital Distrital <input type="checkbox"/> ONG <input type="checkbox"/> Centro de Saúde I <input type="checkbox"/> Faculdade de Medicina <input type="checkbox"/> Centro de Saúde II <input type="checkbox"/> Instituto/Centro de formação <input type="checkbox"/> Centro de Saúde II <input type="checkbox"/> Universidade <input type="checkbox"/> Outro(especifique): _____

<b>Já foi acreditado por algum Programa do MISAU?</b> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	<b>Recebeu alguma Formação de Formador/Facilitador?</b> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
Nome Do Programa: _____      Ano: _____	Nome Do Programa: _____      Ano: _____

**Qual é o seu nível mais elevado na carreira de saúde? (☑ SELECCIONE UMA)**

<b>Superior</b>	<input type="checkbox"/> Médico Geral <input type="checkbox"/> Médico Especializado <input type="checkbox"/> Outro: _____	<input type="checkbox"/> Licenciado em _____ <input type="checkbox"/> Bacharel em _____	<input type="checkbox"/> Mestrado em _____ <input type="checkbox"/> Doutoramento em _____
<b>Médio Especializado</b>	<input type="checkbox"/> Técnico de Cirurgia <input type="checkbox"/> Técnico Medicina Geral <input type="checkbox"/> Técnico de Farmácia <input type="checkbox"/> Outro _____	<input type="checkbox"/> Técnico de Laboratório <input type="checkbox"/> Técnico de Nutrição <input type="checkbox"/> Enfermeiro Pediatría <input type="checkbox"/> Ensino	<input type="checkbox"/> Técnico de Odontostomatologia <input type="checkbox"/> Enfermeiro Geral
<b>Médio</b>	<input type="checkbox"/> Técnico de Instrumentação <input type="checkbox"/> Técnico Anestesiologista <input type="checkbox"/> Técnico Medicina Geral <input type="checkbox"/> Enfermeiro Geral <input type="checkbox"/> Enfermeiro Saúde Materno Infantil	<input type="checkbox"/> Técnico de Farmácia <input type="checkbox"/> Técnico de Laboratório <input type="checkbox"/> Técnico de Reabilitação <input type="checkbox"/> Técnico de Radiologia <input type="checkbox"/> Medicina Preventiva	<input type="checkbox"/> Técnico de Nutrição <input type="checkbox"/> Técnico Administração Hospitalar <input type="checkbox"/> Técnico de Odontostomatologia <input type="checkbox"/> Outro _____
<b>Básico</b>	<input type="checkbox"/> Agente de Medicina Curativa <input type="checkbox"/> Agente de Medicina Preventiva <input type="checkbox"/> Agente de Farmácia <input type="checkbox"/> Agente de Laboratório <input type="checkbox"/> Outro _____	<input type="checkbox"/> Agente de Radiologia <input type="checkbox"/> Agente de Nutrição <input type="checkbox"/> Agente de Reabilitação <input type="checkbox"/> Agente de Odontostomatologia	<input type="checkbox"/> Agente de Administração Hospitalar <input type="checkbox"/> Enfermeiro Básico <input type="checkbox"/> Enfermeira de Saúde Materno Infantil Básico
<b>Outro</b>	<input type="checkbox"/> Outro _____		

**Ministério da Saúde**  
**Direcção dos Recursos Humanos**  
**Departamento de Formação (Repartição de Bolsas e Formação Contínua)**  
**FICHA DE REGISTO PARA FACILITADOR DO CURSO**

**Ficha nº 2**

<b>Que outros cursos de formação pode facilitar?</b>			
<b>AREA DE FORMACAO / PROGRAMA</b>	<b>CURSOS (marque um ou mais segundo seja o caso)</b>	<b>Recebeu curso de facilitadores?</b>	
Banco de sangue	<input type="checkbox"/> Transfusão segura	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Nao
Laboratório	<input type="checkbox"/> Gestão de Laboratório	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Nao
	<input type="checkbox"/> Laboratório clínico	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Nao
Biossegurança	<input type="checkbox"/> PCI	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Nao
	<input type="checkbox"/> Injecção segura e manejo de Lixo	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Nao
	<input type="checkbox"/> Esterilização	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Nao
	<input type="checkbox"/> Manejo de Lixo	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Nao
Farmácia	<input type="checkbox"/> Logística de medicamentos	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Nao
	<input type="checkbox"/> Gestão de Antiretrovirais	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Nao
Saúde Reprodutiva	<input type="checkbox"/> Cuidados Obstétricos Básicos	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Nao
	<input type="checkbox"/> Cuidados Obstétricos Completos	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Nao
	<input type="checkbox"/> Consultas de SMI	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Nao
	<input type="checkbox"/> Logística de PF	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Nao
Saúde Infantil	<input type="checkbox"/> AIDI	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Nao
	<input type="checkbox"/> Cuidados Essenciais do Recém-nascido	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Nao
Saúde Escolar e do Adolescente	<input type="checkbox"/> Saúde Sexual e Reprodutiva de adolescentes e jovens	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Nao
	<input type="checkbox"/> Saúde Escolar	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Nao
Repartição de Educação em Saúde Pública	<input type="checkbox"/> Participação comunitária	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Nao
	<input type="checkbox"/> Comunicação Inter Pessoal e aconselhamento	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Nao
Nutrição	<input type="checkbox"/> Pacote mínimo nutricional	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Nao
	<input type="checkbox"/> Aleitamento materno	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Nao
Saúde Mental	<input type="checkbox"/> Aconselhamento para técnicos de psiquiatria	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Nao
	<input type="checkbox"/> Clínica de doenças psiquiátricas	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Nao
	<input type="checkbox"/> Gestão de Laboratório	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Nao
Tuberculose	<input type="checkbox"/> Curso Clínico de TB	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Nao
	<input type="checkbox"/> TB/HIV	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Nao
Malária	<input type="checkbox"/> Actualização dos Clínicos no Diagnostico e Tratamento da Malária	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Nao
	<input type="checkbox"/> Formação de Rociadores	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Nao
	<input type="checkbox"/> Actualização de Técnico de Laboratório (Parasitologia)	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Nao
	<input type="checkbox"/> Vigilância epidemiológica	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Nao
Epidemiologia	<input type="checkbox"/> Curso clínico (hipertensão arterial, diabetes e trauma)	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Nao
	<input type="checkbox"/> Gestão da cadeia de frio	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Nao
PAV	<input type="checkbox"/> Normas de PAV	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Nao
Medicina Tradicional	<input type="checkbox"/> ITS/HIV/SIDA para Praticantes de Medicina Tradicional	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Nao
Manejo de ITS	<input type="checkbox"/> Gestão e supervisão	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Nao
	<input type="checkbox"/> Sistema de Notificação das ITS e SIDA	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Nao
	<input type="checkbox"/> ITS clínico	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Nao
	<input type="checkbox"/> Normas de saúde ambiental	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Nao
Saúde Ambiental	<input type="checkbox"/> Uso de kit de laboratório	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Nao
	<input type="checkbox"/> Monitoria e Avaliação	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Nao
Monitoria e Avaliação	<input type="checkbox"/> Sistema de Informação de Saúde	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Nao
	<input type="checkbox"/> Sistema de Informação das Formações (SIFo)	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Nao
<b>HIV/SIDA (COMPONENTES)</b>	<b>CURSOS</b>		
Tratamento	<input type="checkbox"/> TARV e IOs para médicos	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Nao
	<input type="checkbox"/> TARV e IOs para pessoal não médicos	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Nao
	<input type="checkbox"/> TARV Pediátrico	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Nao
	<input type="checkbox"/> Curso de IOs para pessoal não médico	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Nao
	<input type="checkbox"/> Curso básico de HIV e IOs para pessoal não médico	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Nao
	<input type="checkbox"/> Aderência	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Nao
	<input type="checkbox"/> Organização e Gestão de Hospitais de Dia	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Nao
ATV	<input type="checkbox"/> ATV	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Nao
PTV	<input type="checkbox"/> PTV	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Nao
Cuidados Domiciliários	<input type="checkbox"/> Cuidados Domiciliários	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Nao
Outros (especificar):		<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Nao