

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS
FACULDADE DE MEDICINA/HOSPITAL DAS CLÍNICAS
COMISSÃO DE RESIDÊNCIA MÉDICA – COREME

PROVA PRÁTICA – OSCE/2017

ACESSO DIRETO

ESTAÇÃO A

| | |
|-----------------|--|
| ETIQUETA | Número da estação _____ Tempo MP3 _____ |
|-----------------|--|

CHECKLIST

| | Não Realizou Corretamente (0,0) | Realizou Parcialmente (0,5) | Realizou Corretamente (1,0) |
|---|---------------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|
| 01 Questionou sobre a presença de febre ou calafrios; duração da dor; presença de sangramento; episódios anteriores; funcionamento do intestino; história familiar de hemorroidas; história familiar de câncer. Sim (5 a 7, incluindo febre ou calafrios <u>E</u> duração da dor) = 1,0 Sim (3 a 4, incluindo febre ou calafrios <u>E</u> duração da dor) = 0,5 1 a 2 OU não incluiu os itens obrigatórios OU não questionou = 0,0 | | | |
| 02 Identificou as principais hipóteses diagnósticas (doença ou trombose hemorroidária; fissura anal; abscesso anorretal; úlcera herpética perianal; carcinoma de canal anal). Sim (3 a 5, incluindo a doença/trombose hemorroidária) = 1,0 Sim (apenas 2, incluindo a doença/trombose hemorroidária) = 0,5 Apenas 1 OU não incluiu a doença/trombose hemorroidária OU não identificou = 0,0 | | | |
| 03 Após a análise da imagem, identificou o diagnóstico de Trombose Hemorroidária. Sim = 1,0 Sim (doença hemorroidária ou hemorroidas) = 0,5 Não identificou = 0,0 | | | |
| 04 Orientou sobre os fatores de risco para a doença hemorroidária (genética; diarreia crônica; constipação intestinal crônica; posição erétil; ausência de válvulas no plexo hemorroidário; perda do tecido de sustentação dos vasos hemorroidários) Sim (4 a 6, incluindo o fator genético) = 1,0 Sim (2 a 3, incluindo o fator genético) = 0,5 Apenas 1 OU não incluiu o fator genético OU não orientou = 0,0 | | | |

**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS
FACULDADE DE MEDICINA/HOSPITAL DAS CLÍNICAS
COMISSÃO DE RESIDÊNCIA MÉDICA – COREME**

| | | | | |
|-----------|--|--|--|--|
| 05 | <p>Esclareceu sobre os fatores agravantes para a doença (gravidez; trauma da região anal – uso de papel higiênico; impactação fecal; diarreia aguda; desidratação; atividade física extenuante).</p> <p>Sim (4 a 6, incluindo a gravidez) = 1,0 Sim (2 a 3, incluindo a gravidez) = 0,5 Apenas 1 OU não incluiu a gravidez OU não esclareceu = 0,0</p> | | | |
| 06 | <p>Orientou sobre a necessidade de tratamento clínico.</p> <p>Sim = 1,0 Não = 0,0</p> | | | |
| 07 | <p>Orientou sobre as medidas terapêuticas (uso de analgésico comum; uso de venotônico oral; uso de pomada heparinoide, com ou sem anestésico; banho de assento; dieta laxativa, com uso de reguladores do trânsito intestinal)</p> <p>Sim (3 a 5) = 1,0 Sim (apenas 2) = 0,5 1 OU não orientou = 0,0</p> | | | |
| 08 | <p>Esclareceu sobre a não possibilidade do uso de AINH, devido aos riscos para o bebê.</p> <p>Sim (esclareceu E relacionou o uso do AINH ao risco para o bebê) = 1,0 Sim (esclareceu, mas não relacionou o uso do AINH ao risco para o bebê) = 0,5 Não esclareceu = 0,0</p> | | | |
| 09 | <p>Esclareceu sobre os cuidados necessários, após o parto (dieta laxativa; evitar o uso de papel higiênico; manter boa hidratação).</p> <p>Sim (os 3) = 1,0 Sim (apenas 2) = 0,5 1 OU não esclareceu = 0,0</p> | | | |
| 10 | <p>Esclareceu sobre a necessidade de realização de exames endoscópicos (colonoscopia OU retossigmoidoscopia)</p> <p>Sim, após o parto) = 1,0 Orientou fazer antes do parto OU Não orientou. = 0,0</p> | | | |

Data: ____/____/____.

Nome do Avaliador: _____

Assinatura do Avaliador: _____