

## Introdução ao Questionário RAD-AID Radiology-Readiness™

Bem-vindo ao questionário Radiology -Readiness™. Este questionário foi desenvolvido pela RAD - AID™ International, uma organização não-governamental sem fins lucrativos, comprometida com a melhoria do acesso e da qualidade dos serviços de radiologia em áreas do mundo com recursos limitados. O conteúdo deste Questionário Radiology - Readiness™ foi modificado através de uma colaboração com a Organização Mundial da Saúde (OMS).

Este Questionário Radiology-Readiness™ foi criado para assistir a RAD - AID™ em:

1. Compreender os benefícios e o impacto da sua instituição de saúde na comunidade local
2. Identificar como os serviços de radiologia podem melhorar o impacto da sua instituição, e como a introdução ou o aumento no acesso à radiologia pode ajudá-los a alcançar seus objetivos na melhoria da saúde local
3. Compreender as características de infra-estrutura, epidemiológicas, educacionais, administrativas, logísticas, financeiras e clínicas da sua instituição, a fim de optimizar a prestação de serviços de radiologia aos seus pacientes

Todas as informações contidas neste questionário são consideradas **privilegiadas e confidenciais**.

O questionário abrange os seguintes temas:

1. Participação da comunidade e satisfação dos pacientes
2. Epidemiologia das doenças
3. Recursos clínicos não-radiológicos (incluindo exames de laboratório e encaminhamentos a outros serviços)
4. Treinamento e educação médica continuada
5. Infra-estruturas de engenharia, comunicações e tecnologia da informação
6. Mecanismos para avaliar e assegurar a qualidade dos exames radiológicos e a segurança dos pacientes
7. Inventário, utilização, manutenção e reparo dos aparelhos de radiologia
8. Situação financeira da instituição e necessidades/recursos econômicos dos pacientes

# Informações Gerais e Contextuais

1. Especifique o nome e a localização da sua instituição:

**Nome da instituição:** \_\_\_\_\_

**Endereço 1:** \_\_\_\_\_

**Endereço 2:** \_\_\_\_\_

**Cidade/Povoado:** \_\_\_\_\_

**Estado/Província:** \_\_\_\_\_

**Código postal:** \_\_\_\_\_

**País:** \_\_\_\_\_

2. Indique a data em que esta avaliação foi concluída: \_\_\_\_\_

3. Indique os nomes de **outras organizações de saúde** (nacionais ou internacionais) que atendem a sua comunidade, se existentes:

4. Especifique o **contato principal** do RAD-AID™ na sua instituição:

**Nome:** \_\_\_\_\_

**Título/Posição:** \_\_\_\_\_

**Endereço 1:** \_\_\_\_\_

**Endereço 2:** \_\_\_\_\_

**Cidade/Povoado:** \_\_\_\_\_

**Estado/Província:** \_\_\_\_\_

**Código postal:** \_\_\_\_\_

**País:** \_\_\_\_\_

**Endereço de correio eletrônico:** \_\_\_\_\_

**Número de telefone:** \_\_\_\_\_

5. Propriedade e afiliações da instituição. Selecione todas as opções que se apliquem:

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Pública/governamental | <input type="checkbox"/> Afiliada a uma universidade                   |
| <input type="checkbox"/> Propriedade privada   | <input type="checkbox"/> Entidade religiosa ou instituição de caridade |
| <input type="checkbox"/> Empresa               | <input type="checkbox"/> Outros  |
| <input type="checkbox"/> Sem fins lucrativos   |  |

Se Outros, favor especificar abaixo:

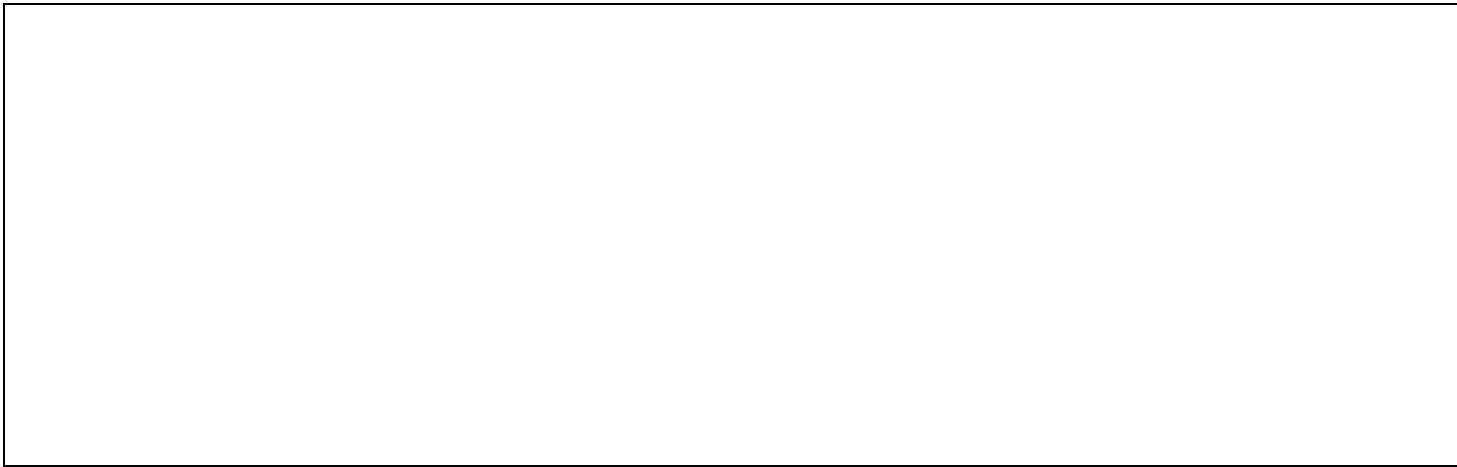
6. Como melhor se classifica a sua instituição? Selecione a opção mais acurada:

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Centro de referência terciário              | <input type="checkbox"/> Afiliada a uma universidade                   |
| <input type="checkbox"/> Hospital comunitário ou distrital           | <input type="checkbox"/> Entidade religiosa ou instituição de caridade |
| <input type="checkbox"/> Centro de saúde comunitário ou ambulatorial | <input type="checkbox"/> Outro   |

Se Outro, favor especificar abaixo:

7. Qual é o número aproximado da população servida pela sua instituição?

8. Enumere, por ordem de importância, os **três principais desafios enfrentados** pela sua instituição. Explique a natureza de cada um destes desafios e por que razão são particularmente problemáticos para a sua instituição.

A large, empty rectangular box with a thin black border, designed to accommodate a written response to the question about institutional challenges.

9. Comentários adicionais?

A large, empty rectangular box with a thin black border, designed to accommodate additional comments or concluding remarks.

# Envolvimento da Comunidade e Satisfação dos Pacientes

## 1. Nome da instituição:

## 2. O seu estabelecimento apoia, patrocina ou organiza algum **projeto de serviço comunitário?**

Sim

Não

Em caso afirmativo, por favor descreva abaixo:

## 3. A sua instituição dispõe de **estratégias** para ajudar a comunidade local a conhecer este estabelecimento de saúde e os serviços oferecidos? Em caso afirmativo, por favor descreva, de forma sucinta, estas estratégias (brochuras, anúncios em jornais, boca a boca, etc.).

Sim

Não

Em caso afirmativo, por favor descreva abaixo:

4. Qual é a percentagem estimada dos seus pacientes que compreendem a importância da radiologia em medicina preventiva nas áreas especificadas abaixo?

5. Em média, qual é o **tempo de espera** para os seguintes serviços em **regime ambulatorial**?

Medicina nuclear	<input type="checkbox"/>					
Radiologia intervencionista	<input type="checkbox"/>					
Fluoroscopia gastrointestinal	<input type="checkbox"/>					

6. Quanto tempo em média os pacientes precisam esperar para consultar um médico para **atendimento de emergência?**

- Menos de 30 minutos
- 30 minutos a 1 hora
- 1 hora a 2 horas
- 2 horas a 6 horas
- 6 horas a 10 horas
- Mais de 10 horas

7. A sua instituição dispõe de métodos para avaliar a **satisfação dos pacientes?**

- Sim
- Não

Se sim, quais métodos são utilizados para avaliar a **satisfação dos pacientes?**

- Questionário em papel, preenchido pelo paciente
- Questionário em computador ou na Internet, preenchido pelo paciente
- Chamada telefônica para o paciente
- Correio eletrônico para e do paciente
- Discussão em pessoa com o paciente
- Outros

Se Outros, favor especificar abaixo:

8. Quais são os **objetivos da instituição** para melhorar o serviço prestado aos pacientes?

9. Comentários adicionais?

# Epidemiologia das Doenças

## 1. Nome da instituição:

## 2. Com que frequência a sua instituição trata pacientes com as seguintes **doenças infecciosas**?

	Nunca	Raramente	Ocasionalmente	Frequentemente
Doenças diarreicas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
HIV/SIDA (AIDS)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Infecções respiratórias inferiores (pneumonia etc)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tuberculose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hepatite viral B ou C	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## 3. Com que frequência a sua instituição trata pacientes com as seguintes **doenças tropicais**?

	Nunca	Raramente	Ocasionalmente	Frequentemente
Úlcera de Buruli	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Doença de Chagas (trypanossomíase americana)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cisticercose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dengue/dengue grave	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dracunculíase (doença do verme-da-guiné)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Equinococose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fasciolíase	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tripanossomíase humana africana	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leishmaniose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lepra	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Filariose linfática	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Oncocercose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Raiva	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Esquistossomose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Helmintíases transmitidas pelo solo ( <i>Ascaris lumbricoides</i> , <i>Trichuris trichiura</i> e ancilostomídeos)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tracoma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bouba (fambroesia, cancro mole)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Podoconiose (elefantíase)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Estrongiloidíase	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. Com que frequência a sua instituição trata pacientes com os seguintes câncers **PRIMÁRIOS?**

	Nunca	Raramente	Ocasionalmente	Frequentemente
Câncer de bexiga	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Câncer de mama	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Câncer de colo do útero e de útero	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Câncer de cólon e de reto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Câncer de esôfago	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leucemia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Câncer de fígado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Câncer de pulmão, dos brônquios e da traquéia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Linfoma e mieloma múltiplo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Melanoma e outros câncers de pele	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Câncer da boca e da orofaringe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Câncer de ovário	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Câncer de pâncreas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Câncer de próstata	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Câncer de estômago	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5. Com que frequência a sua instituição trata pacientes com as seguintes **doenças crônicas não transmissíveis?**

	Nunca	Raramente	Ocasionalmente	Frequentemente
Distúrbios relacionados ao alcoolismo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alzheimer e outras demências	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Doença cerebrovascular	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
DPOC/Enfisema	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes mellitus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Doença cardíaca isquêmica e/ou hipertensiva	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Doença depressiva unipolar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6. Com que frequência a sua instituição trata pacientes com as seguintes **doenças materno-fetais e lesões traumáticas?**

	Nunca	Raramente	Ocasionalmente	Frequentemente
Gravidez	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hemorragia periparto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Infecções neonatais	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Asfixia e traumatismo de parto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prematuridade e recém nascido de	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

baixo peso

## Traumatismos e lesões músculo-esqueléticas

1

1

1

## Acidentes automobilísticos e de trâfego

1

1

1

1

7. Quais dos seguintes procedimentos médicos estão disponíveis na sua instituição?

**Por favor selecione todas as opções que se apliquem.**

- Parto por cesariana
  - Biópsia guiada por imagem
  - Biópsia cirúrgica
  - Drenagem percutânea de fluidos/abscessos

## 8. Comentários adicionais?

1. **What is the primary purpose of the study?** The study aims to evaluate the effectiveness of a new treatment for hypertension in a diverse population.

2. **What are the inclusion and exclusion criteria for the study?** Inclusion criteria: patients aged 18-65 with systolic blood pressure ≥ 140 mmHg. Exclusion criteria: patients with contraindications to the study drug, pregnant or lactating women, and those with other co-morbid conditions.

3. **What are the study endpoints and how will they be measured?** Primary endpoint: change in systolic blood pressure at 12 weeks. Secondary endpoints: change in diastolic blood pressure, change in quality of life scores, and adverse events.

4. **What is the study design and duration?** The study is a randomized, double-blind, placebo-controlled trial. Duration: 12 weeks.

5. **What is the sample size and how will participants be recruited?** Sample size: 300 participants. Recruitment: through local clinics and advertisements.

6. **What is the study protocol and how will data be analyzed?** Protocol: participants will be randomly assigned to receive the study drug or placebo. Data analysis: intention-to-treat analysis.

7. **What is the budget and funding source?** Budget: \$1.5 million. Funding source: National Institutes of Health.

8. **What is the timeline for the study?** Timeline: 12 weeks for the study period, 4 weeks for follow-up, and 1 year for data analysis.

9. **What are the potential risks and benefits of the study?** Risks: side effects of the study drug. Benefits: improved blood pressure control and reduced risk of cardiovascular events.

10. **What is the informed consent process?** Participants will be provided with a detailed informed consent document that includes information about the study, its purpose, and potential risks and benefits.

# Dados Demográficos dos Pacientes, Capacidade Institucional e Padrões de Encaminhamento

## 1. Nome da instituição:

## 2. Qual é a percentagem de pacientes em cada uma das seguintes **categorias demográficas** atendidos na sua instituição?

	Nenhum	Menos de 10%	10% - 33%	34% - 66%	67% - 99%	Todos
Pacientes com menos de 18 anos de idade	<input type="checkbox"/>					
Pacientes com mais de 50 anos de idade	<input type="checkbox"/>					
Pacientes do sexo feminino	<input type="checkbox"/>					

## 3. Quantos **leitos de internamento** estão disponíveis na instituição?

## 4. Qual é a **taxa média de ocupação de leitos de internamento** em um determinado momento?

- N/A
- < 10%
- 10 - 33%
- 34 - 66%
- 67 - 90%
- > 90%

5. Em média, quantos **pacientes ambulatoriais** são atendidos diariamente na sua instituição?

6. Com que frequência os **médicos** da sua instituição **praticam medicina fora das suas áreas** de especialidade (por exemplo, internistas que fazem cirurgias)?

- Raramente
- Ocasionalmente
- Frequentemente

7. A sua instituição encaminha **pacientes para outros estabelecimentos médicos**?

- Sim
- Não

Em caso afirmativo, favor especificar os hospitais e clínicas para onde estes pacientes são encaminhados. E por favor indique a distância aproximada da sua instituição até estes locais.

8. Comentários adicionais?

# Testes de Laboratório

**1. Nome da instituição:**

**2. Quais dos seguintes **testes de microbiologia clínica** estão disponíveis na sua **instituição?** **Selecione todos os que se aplicam.****

- Cultura de fezes
- Cultura e análise de urina
- Cultura de micobactérias
- Coloração AFB/BAAR (bacilo álcool-ácido resistente)
- PCR para tuberculose
- Cultura bacteriana
- Sensibilidade bacteriana aos antibióticos
- HIV ELISA
- Western Blot para HIV
- PCR para HIV

**3. Quais dos seguintes **testes bioquímicos** estão disponíveis na sua instituição? **Selecione todos os que se aplicam.****

- Eletrólitos (Na, K, HCO3, Cl, Ca, Mg, Fe, PO4)
- Testes de função renal (uréia, creatinina)
- Glicose (glicemia)
- Albumina, proteína total e frações
- Testes de função hepática (AST, ALT, GGT, fosfatase alcalina, bilirrubina)
- Gases sanguíneos (O2, CO2)

**4. Quais dos seguintes **testes de hematologia clínica** estão disponíveis na sua instituição? **Selecione todos os que se aplicam.****

- Hematócrito/Hemoglobina
- Contagem de células brancas/leucócitos (leucograma)
- Plaquetas
- Contagem diferencial de células brancas/leucócitos
- Esfregaço de sangue
- INR e TP (tempo de protrombina)
- TPP

5. Quais dos seguintes **testes de patologia clínica** estão disponíveis na sua instituição? **Selecione todos os que se aplicam.**

- Patologia cirúrgica (microscópica)
- Citopatologia
- Autópsia
- Colposcopia
- Teste de Papanicolaou

6. Comentários adicionais?

# Agentes Farmacêuticos e Produtos Médico-Hospitalares

## 1. Nome da instituição:

## 2. Quais dos seguintes **agentes farmacêuticos e produtos médicos-hospitalares** estão disponíveis na sua instituição? **Selecionar todos os que se aplicam.**

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Fluidos intravenosos   | <input type="checkbox"/> Desinfectantes e anti-sépticos (álcool, iodo, etc.)    |
| <input type="checkbox"/> Oxigênio   | <input type="checkbox"/> Re-hidratação oral                                     |
| <input type="checkbox"/> Anestésicos gerais   | <input type="checkbox"/> Antiácidos e outros medicamentos antiulcerosos         |
| <input type="checkbox"/> Anestésicos locais   | <input type="checkbox"/> Hormônios da tireoide e medicamentos anti-tireoidianos |
| <input type="checkbox"/> Sedação para procedimentos de curta duração (por exemplo, midazolam, propofol, fentanil) |   |

## 3. Quais dos seguintes **antimicrobianos** estão disponíveis na sua instituição? **Selecionar todos os que se aplicam.**

- Anti-helmínticos (por exemplo, anti-esquistossomose)
- Antibacterianos (por exemplo, penicilina)
- Medicamentos anti-tuberculose (por exemplo, isoniazida)
- Medicamentos antifúngicos sistêmicos (por exemplo, fluconazol)
- Anti-retrovirais (HIV/AIDS)
- Medicamentos antimaláricos (por exemplo, mefloquin)

## 4. Quais dos seguintes **medicamentos cardiovasculares e pulmonares** estão disponíveis na sua instituição? **Selecionar todos os que se aplicam.**

- Medicamentos antianginosos (por exemplo, nitroglicerina)
- Medicamentos antiarrítmicos (por exemplo, amiodarona)
- Medicamentos anti-hipertensivos
- Agentes hipolipemiantes (por exemplo, estatinas)
- Diuréticos
- Antiasmáticos e medicamentos para DPOC (doença pulmonar obstrutiva crônica)

## 5. Quais dos seguintes **agentes anti-inflamatórios** estão disponíveis na sua instituição? **Selecionar todos os que se aplicam.**

- AINE (anti-inflamatórios não-esteroidais)
- Corticosteróides

6. Quais das seguintes **vacinas** estão disponíveis na sua instituição? **Seleccione todas as que se aplicam.**

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Vacina contra hepatite B                   | <input type="checkbox"/> Vacina contra varicela                 |
| <input type="checkbox"/> Vacina contra hepatite A                   | <input type="checkbox"/> Vacina contra meningococo              |
| <input type="checkbox"/> Vacina contra difteria, tétano e pertussis | <input type="checkbox"/> Vacina contra rotavírus                |
| <input type="checkbox"/> Vacina contra Haemophilus influenza tipo B | <input type="checkbox"/> Vacina contra vírus do papiloma humano |
| <input type="checkbox"/> Vacina pneumocócica                        | <input type="checkbox"/> Vacina contra raiva                    |
| <input type="checkbox"/> Vacina inativada contra poliomielite       | <input type="checkbox"/> Vacina contra febre amarela            |
| <input type="checkbox"/> Vacina viva contra poliomielite            | <input type="checkbox"/> Vacina contra febre tifóide            |
| <input type="checkbox"/> Vacina contra gripe                        | <input type="checkbox"/> Vacina contra dengue                   |
| <input type="checkbox"/> Vacina contra sarampo, caxumba e rubéola   | <input type="checkbox"/> Vacina contra encefalite japonesa      |

7. Quais métodos são utilizados para **esterilizar e desinfectar** material cirúrgico reutilizável?  
**Seleccione todas as que se aplicam.**

- Vapor e alta pressão (por exemplo, autoclave)
- Calor seco (por exemplo, forno)
- Esterilização química por gás (por exemplo, óxido de etileno, ozônio)
- Alvejante a base de cloro (lixivia, água sanitária)
- Aldeídos (por exemplo, formaldeído, ortoftalaldeído, glutaraldeído)
- Peróxido de hidrogênio
- Ácido (por exemplo, ácido peracético)
- Radiação ionizante (raios X)
- Radiação ultravioleta (UV)

8. Comentários adicionais?

# Recursos Humanos

## 1. Nome da instituição:

## 2. Indique o número de **médicos não-radiologistas** na sua instituição, em cada uma das especialidades indicadas abaixo:

	Nenhum	1-4	5-10	> 10
Anestesiologia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alergia e Imunologia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cirurgia da mama	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cardiologia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cirurgia cardiotorácica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dermatologia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Medicina de emergência	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Endocrinologia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gastroenterologia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Medicina interna/geral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cirurgia geral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ginecologia (não obstétrica)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hematologia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Doenças infecciosas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cuidados	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## intensivos/intensivista

Mastologia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cirurgia maxilofacial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Neonatologia/UCI/UTI neonatal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nefrologia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Neurologia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Neurocirurgia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Obstetrícia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Oncologia médica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Oncologia cirúrgica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Oftalmologia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cirurgia ortopédica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otorrinolaringologia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Patologia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pediatria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Medicina Física e de Reabilitação	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cirurgia plástica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Medicina Podiátrica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psiquiatria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pneumologia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Radioterapia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Reumatologia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Urologia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cirurgia vascular	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. Indique o número de **pessoas trabalhando em radiologia na sua instituição em** cada uma das especialidades indicadas abaixo.

	Nenhum	1-4	5-10	> 10
Radiologistas (todos)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Radiologistas especialistas (especificar abaixo)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Técnicos de radiologia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ecografistas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Físicos médicos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Indique abaixo as especialidades de radiologia, se existentes :

4. Os radiologistas da sua instituição estão autorizados a trabalhar em outras instituições não afiliadas (por exemplo, hospital público e hospital privado)?

- Sim
- Não

5. Indique o número de **profissionais não médicos** que trabalham na sua instituição em cada uma das especialidades indicadas abaixo :

	Nenhum	1-4	5-10	> 10
--	--------	-----	------	------

Enfermeiros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Parteiras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Assistente de saúde, assistente médico ou outro pessoal clínico auxiliar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Farmacêuticos/técnicos de farmácia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Profissionais de tecnologia da informação, técnicos de informática	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Técnicos de laboratório (não-radiológico)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Administradores, contadores, e outros profissionais de gestão ou de negócios	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6. Que tipo de trabalhadores se encontra na sua instituição? **Selecionar todos os que se aplicam.**

- Empregados de tempo integral ou de tempo parcial
- Voluntários
- Médicos residentes ou em treinamento (acabados de sair da faculdade de medicina)
- Estudantes de medicina

7. A sua instituição está atualmente lidando com **falta de pessoal** em algum dos cargos acima referidos? Em caso afirmativo, selecione "Sim" e especifique abaixo.

- Sim
- Não

Comentários

8. A sua instituição lida com **alta rotatividade de funcionários** em algum dos cargos acima referidos? Em caso afirmativo, selecione "Sim" e especifique abaixo "Comentários".

- Sim
- Não

Comentários adicionais

9. Comentários adicionais?

# Trainamento e Educação Médica Continuada

## 1. Nome da instituição:

## 2. Indique o **nível de formação exigido** para cada uma das seguintes profissões.

	Não sei	Ensino secundário/formação profissional	Formação técnica/profissional pós-secundária (geralmente 2 anos após o ensino secundário)	Universidade
Radiologistas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Técnicos de radiologia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ecografista/sonografista	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermagem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Responsável pela segurança das radiações	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Físico médico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## 3. Qual das seguintes profissões exige participação em **educação médica continuada** ao longo da carreira? Selecione todas as que se aplicam.

- Radiologista
- Técnicos de radiologia
- Ecografista
- Enfermagem
- Responsável pela segurança das radiações
- Físico médico

4. Quão acessíveis são as seguintes formas de **educação médica continuada** para **radiologistas** na sua instituição? As razões para as escolhas abaixo podem ser especificadas em "Comentários". **Por favor, deixe em branco se não houver** radiologistas na sua instituição.

	Raramente ou nunca acessível	Acessível mas com oferta limitada	Frequentemente acessível	Sempre ou quase sempre acessível
Treinamento (presencial)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Treinamento (virtual/online)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Revistas médicas (online)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Conferências/reuniões locais	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Conferências/reuniões nacionais	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Conferências/reuniões internacionais	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Comentários:

5. Quão acessíveis são as seguintes formas de **educação médica continuada** para **técnicos de radiologia** na sua instituição? As razões para as escolhas abaixo podem ser especificadas em "Comentários". **Por favor, deixe em branco se não houver técnicos de radiologia** na sua instituição.

	Raramente ou nunca acessível	Acessível mas com oferta limitada	Frequentemente acessível	Sempre ou quase sempre acessível
Treinamento (presencial)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Treinamento (online)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Revistas médicas (online)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Conferências/reuniões locais	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Conferências/reuniões nacionais	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Conferências/reuniões internacionais	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Comentários:

6. Quão acessíveis são as seguintes formas de **educação médica continuada** para **sonografistas/ecografistas** na sua instituição? As razões para as escolhas abaixo podem ser especificadas em "Comentários". **Por favor, deixe em branco se não houver sonografistas/ecografistas** na sua instituição.

	Raramente ou nunca acessível	Acessível mas com oferta limitada	Frequentemente acessível	Sempre ou quase sempre acessível
Treinamento (presencial)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Treinamento (online)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Revistas médicas (online)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Conferências/reuniões locais	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Conferências/reuniões nacionais	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Conferências/reuniões internacionais	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Comentários:

7. Há treinamento para **responsáveis pela segurança radiológica** na sua instituição?

- Sim
- Não

8. Há treinamento para **físicos médicos** na sua instituição?

- Sim
- Não

9. Descreva sugestões para futuros programas de formação e educação continuada que gostaria de ter na sua instituição

10. Comentários adicionais

# Infra-estrutura Física, Elétrica, de Climatização e de Transportes

## 1. Nome da instituição:

## 2. Quão confiável é a **fonte de energia** primária na sua instituição?

- A energia está disponível 100% do tempo
- A energia está disponível 75-99% do tempo
- A energia está disponível 50-74% do tempo
- A energia está disponível <50% do tempo

## 3. Quão estável é a **fonte de energia** primária?

- Sempre estável
- Por vezes estável
- Frequentemente instável

## 4. Os aparelhos eletrônicos estão ligados a **estabilizadores de tensão**?

- Sim
- Não

## 5. A sua instituição tem uma fonte de **energia de reserva/de emergência**?

- Sim
- Não

### a. Se sim, quais fontes de energia **de reserva/de emergência** são utilizadas? **Selezione todas as que se aplicam.**

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Bateria/gerador    | <input type="checkbox"/> Luz solar             |
| <input type="checkbox"/> Diesel ou gasolina | <input type="checkbox"/> Energia hidroelétrica |
| <input type="checkbox"/> Gás natural        | <input type="checkbox"/> Energia geotérmica    |
| <input type="checkbox"/> Propano            |  |

### b. Qual é a **potência** do gerador/fonte de energia de **reserva** (kW)?

6. Qual é a **área útil total** da sua instalação em metros quadrados?

7. Que percentagem aproximada deste espaço é **usada para radiologia**?

8. Que materiais são utilizados na **estrutura/construção** da sua instituição?

Selecione todos o que se apliquem.

- Estrutura em aço
- Estrutura de madeira
- Estrutura de pedra ou tijolo (alvenaria)
- Outro: \_\_\_\_\_

9. Que material é utilizado **nas paredes** da sua instituição?

Selecione todos os que se apliquem.

- Blindagem de chumbo
- Drywall (gesso acartonado)
- Gesso
- Tijolo ou pedra

10. Que tipo de **pavimento** há no nível mais baixo da construção?

Selecione todos os que se aplicam.

- Pavimento de concreto/betão
- Pavimento de terra batida

11. As suas instalações têm capacidade (dimensão e limite de carga) para **instalação de equipamento pesado** com mais de duas toneladas, como uma unidade de TC ou de RM?

- Sim
- Não
- Não sei

12. Qual é a variação de **temperatura interna** na sua instituição?

Especifique a temperatura interna mínima e máxima anual em graus centígrados.

Temperatura interna mínima anual

Temperatura interna máxima anual

13. Com que frequência os itens abaixo estão disponíveis?

	Sempre ou quase sempre	A maior parte do tempo	Às vezes	Raramente ou nunca
Ar condicionado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aquecimento de ar/calefação	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Desumidificação	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

14. Há problema de condensação de **água** nas paredes e/ou nos equipamentos em alguma época do ano?

- Sim  
 Não

15. Há problema de acumulação de **pó** nos equipamentos?

- Sim  
 Não

16. Especifique a **disponibilidade** de cada um dos seguintes itens na sua instituição

	Não disponível	Normalmente em falta	Normalmente disponível	Sempre disponível
Água potável (não necessariamente esterilizada)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Água esterilizada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sistema de	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



Bicicleta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Animal (mula, burro, cavalo, boi)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

19. Comentários adicionais

# Comunicações

## 1. Nome da instituição:

2. Qual das seguintes opções melhor descreve a disponibilidade e confiabilidade do **serviço telefônico fixo** nas suas instalações? (os serviços de telefonia móvel serão abordados mais adiante).

- Disponível continuamente (todo o dia, todos os dias)
- Disponível com interrupções raras ou ocasionais
- Disponível com interrupções frequentes
- Frequentemente ou sempre indisponível

3. O número de linhas de telefonia fixa é suficiente para satisfazer as suas necessidades?

- Sim
- Não

4. Pode-se facilmente (em termos financeiros e logísticos) efetuar chamadas internacionais nos telefones fixos?

- Sim
- Não

5. Qual das seguintes opções melhor descreve a disponibilidade e confiabilidade dos seguintes serviços de **telefonia móvel/celular** nas suas instalações?

	Disponível continuamente (todo o dia, todos os dias)	Disponível com interrupções raras ou ocasionais	Disponível com interrupções frequentes	Frequentemente ou sempre indisponível
Chamada de voz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mensagens de texto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Transmissão de dados	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6. A sua instituição tem acesso à internet móvel **3G ou 4G**?

- Sim
- Não
- Não sei

7. O **número de telefones móveis/celulares** entre o seu pessoal é suficiente para satisfazer as necessidades da instituição?

- Sim
- Não
- N/A

8. Pode-se facilmente (financeira e logicamente) fazer chamadas internacionais por telefone móvel/celular?

- Sim
- Não

9. Qual das seguintes opções melhor descreve a disponibilidade e a confiabilidade ao **acesso à Internet** na sua instituição?

- Disponível continuamente (todo o dia, todos os dias)
- Disponível com interrupções raras ou ocasionais
- Disponível com interrupções frequentes
- Frequentemente ou sempre indisponível

10. Quais são os **tipos de conexão à Internet** disponíveis na sua instituição? **Selecionar todos os que se aplicam.**

- Conexão por linha discada
- DSL
- Cabo
- T1 ou outra linha de acesso de alta velocidade (não partilhada)
- Acesso móvel em banda larga (por exemplo, WiMAX, 3G, 4G)
- Internet por satélite

11. Qual é a **largura de banda máxima da Internet (Mbps)**?

12. **A largura de banda da Internet** é adequada para satisfazer as necessidades da instituição?

- Sim
- Não

13. A sua instituição tem acesso à tecnologia **de conferência virtual/ conferência via web?**

- Sim
- Não

14. Comentários adicionais

# Tecnologia da Informação

## 1. Nome da instituição:

## 2. Existem workstations (**estações de trabalho com computadores**) de uso geral disponíveis para os funcionários?

- Sim
- Não

## 3. Há acesso a correio **eletrônico**?

- Sim
- Não

## 4. Há acesso a **compartilhamento eletrônico de dados**, como FTP, Microsoft sharepoint, armazenamento em nuvem, etc.?

- Sim
- Não

## 5. Há acesso a **processamento de texto** (por exemplo, Microsoft Word)?

- Sim
- Não

## 6. Há capacidade para criação de **apresentações eletrônicas** básicas (por exemplo, Microsoft Powerpoint)?

- Sim
- Não

## 7. Há na instituição um **sistema de registro médico/prontuário eletrônico**?

- Sim
- Não

Em caso afirmativo, descreva abaixo

8. Há na sua instituição um **sistema de informação de radiologia** eletrônico, para gestão do fluxo de trabalho, entrada de resultados de radiologia e saída de laudos radiológicos?

- Sim
- Não

Em caso afirmativo, descreva abaixo.

9. Há na sua instituição um **sistema eletrônico de informação e gestão da saúde (HMIS ou HIS)** para dados administrativos como registro de pacientes, marcação de consultas, admissão/alta/transferência, gestão de leitos e faturamento?

- Sim
- Não

Em caso afirmativo, descreva abaixo.

10. Existem normas governamentais para proteção da **privacidade dos registros dos pacientes no seu país?**

- Sim
- Não

11. **Quantas workstations/estações de trabalho para visualização de imagens de radiologia digital existem na sua instituição?**

- 0
- 1-5
- 6-10
- 11-20
- > 20

12. Há um **Sistema de Arquivo e Comunicação de Imagens (PACS)** para armazenamento, acesso e distribuição de imagens médicas na sua instituição?

- Sim
- Não

Em caso afirmativo, descreva abaixo.

13. A sua instituição utiliza **tele-radiologia**? (a telerradiologia é definida como a transmissão de imagens radiológicas por via eletrônica da sua instituição para outro local, para fins de interpretação das imagens e/ou consulta.

- Sim
- Não

14. Comentários adicionais?

# Capacidades e Limitações de Exames Radiológicos

## 1. Nome da instituição:

## 2. Indique, para cada uma das seguintes modalidades, se a sua instituição utiliza **aquisição de imagem digital** (CR ou DR) em vez de radiologia convencional (filme radiográfico)

	Não dispomos desta modalidade	Imagen digital existente	Há um plano firme para mudar para imagen digital	Não há um plano firme de mudança para imagen digital
Radiografia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mamografia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fluoroscopia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fluoroscopia com arco cirúrgico (por exemplo, radiologia de intervenção)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Medicina Nuclear	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Densitometria óssea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## 3. Indique, para cada uma das seguintes modalidades, se a sua instituição utiliza **um Sistema de Arquivo e Comunicação de Imagens (PACS)**

	Não dispomos desta modalidade	PACS existente	Há um plano firme para instalar PACS	Não há um plano firme para instalar PACS
Radiografia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mamografia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tomografia computadorizada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Resonância magnética	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fluoroscopia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fluoroscopia com arco cirúrgico (por exemplo, radiologia de intervenção)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ultrasonografia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Medicina Nuclear	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PET	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cintilografia/SPECT (TC de emissão de fóton único)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Densitometria óssea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. Com que frequência **a interpretação final da imagem** é efetuada por um...

Nunca      Raramente      Por vezes      Frequentemente      Sempre

Radiologista?	<input type="checkbox"/>				
Médico não radiologista?	<input type="checkbox"/>				
Não médico?	<input type="checkbox"/>				

5. Considera necessário o treinamento de **auxiliares médicos** (por exemplo, assistentes médicos, assistentes de radiologia e enfermeiros etc.) em interpretação de imagens radiológicas?

- Sim
- Não
- Talvez

6. Indique a **disponibilidade** média de cada modalidade na sua instituição

7. Indique a **disponibilidade** dos seguintes **consumíveis/materiais para consumo em radiologia**.

	Indisponível ou não utilizado	Geralmente em falta	Geralmente disponível	Sempre disponível
Contraste iodado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gadolínio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Contraste oral de bário	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Contraste oral solúvel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Filme radiográfico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cassetes de filme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Produtos radiofarmacêuticos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cateteres e cânulas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Agulhas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Capas para sondas/transdutores de ultrasonografia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gel de ultrasonografia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Luvas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gaze	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

8. Indique com que frequência pacientes são **encaminhados para a sua instituição** para cada um dos seguintes exames radiológicos.

	Raramente ou nunca	Por vezes	Frequentemente ou sempre
Radiografia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mamografia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TC	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
RM	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fluoroscopia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fluoroscopia com arco cirúrgico (por exemplo, radiologia de intervenção)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ultrasonografia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Medicina Nuclear	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PET	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cintilografia/SPECT	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Densitometria óssea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

9. Se um equipamento de radiologia fosse doado para a sua instituição, esta estaria disposta e seria capaz de se responsabilizar pelo processo alfandegário/de desalfandegamento? Isto pode incluir o preenchimento de formulários necessários e, possivelmente, a presença de um representante da instituição no porto de entrada (entre outros requisitos que variam dependendo do país).

- Sim
- Não

10. Selecione o **peso** máximo de um equipamento radiológico que sua instituição pode transportar com segurança do porto de entrada ao destino final.

- Não temos capacidade para transportar o equipamento e necessitamos de assistência
- Até 100 kg
- Até 500 kg
- Até 1000 kg
- Mais de 1000 kg

11. Que equipamento(s) sua instituição estaria interessada em receber como doação?  
Selecione todas as que se apliquem.

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Radiografia convencional   | <input type="checkbox"/> Ressonância magnética           |
| <input type="checkbox"/> Radiografia digital        | <input type="checkbox"/> Fluoroscopia convencional       |
| <input type="checkbox"/> Mamografia convencional    | <input type="checkbox"/> Fluoroscopia com arco cirúrgico |
| <input type="checkbox"/> Mamografia digital         | <input type="checkbox"/> PET                             |
| <input type="checkbox"/> Ultrasonografia            | <input type="checkbox"/> Aparelho de cintilografia/SPECT |
| <input type="checkbox"/> Tomografia computadorizada | <input type="checkbox"/> Outros                          |

Se Outros, especifique abaixo

12. Os funcionários da radiologia da sua instituição usam **dosímetros pessoais** para monitorar exposição à radiação ao longo do tempo?

- Sim
- Não

13. A instituição dispõe de um número adequado de **equipamentos de proteção individual contra a radiação intactos** (avental de chumbo, luva e óculos com chumbo, proterores de tireóide, etc.)?

- Sim
- Não

14. Existem **normas de segurança e proteção contra radiação** estabelecidas pelo seu governo local ou nacional?

- Sim
- Não

a. Em caso afirmativo, especifique o órgão regulamentador

b. A sua instituição está apta a cumprir estas **normas de segurança radiológica**?

15. Existe no seu país regulamentação que exija o **registro de equipamentos radiológicos e médicos**?

- Sim
- Não

16. Para cada um dos seguintes tipos de equipamento radiológico, especifique o número de unidades **em funcionamento (não danificadas)** na sua instituição:

Radiografia convencional \_\_\_\_\_

Revelação de filme adiográfico \_\_\_\_\_

Radiografia computorizada  
(CR) \_\_\_\_\_

Radiografia digital (DR) \_\_\_\_\_

Mamografia \_\_\_\_\_

Ultrasonografia \_\_\_\_\_

TC \_\_\_\_\_

RM \_\_\_\_\_

Unidade de fluoroscopia  
convencional \_\_\_\_\_

Unidade de fluoroscopia de arco cirúrgico/angiografia

---

PET

---

Gama SPECT

---

Gama não-SPECT

---

Densitometria óssea

---

17. Para cada um dos seguintes tipos de equipamento radiológico, especifique o número de unidades **não operacionais ou danificadas** existentes na sua instituição:

Radiografia convencional

---

Revelação de filme adiográfico

---

Radiografia computorizada  
(CR)

---

Radiografia digital (DR)

---

Mamografia

---

Ultrasonografia

---

TC

---

RM

---

Unidade de fluoroscopia convencional

---

Unidade de fluoroscopia de arco cirúrgico/angiografia

---

PET

---

Gama SPECT

---

Gama não-SPECT

---

Densitometria óssea

---

18. Qual é o **número total de exames radiológicos realizados** na sua instituição para cada uma das seguintes modalidades? Indique a unidade usada na resposta. Por exemplo, "pacientes por dia", "estudos por mês", etc.

Radiografia \_\_\_\_\_

Mamografia \_\_\_\_\_

TC \_\_\_\_\_

RM \_\_\_\_\_

Fluoroscopia  
convencional \_\_\_\_\_

Fluoroscopia de arco  
cirúrgico/angiografia \_\_\_\_\_

Ultrasonografia \_\_\_\_\_

Medicina Nuclear Planar \_\_\_\_\_

PET \_\_\_\_\_

SPECT \_\_\_\_\_

Densitometria óssea \_\_\_\_\_

19. Indique o número de **aparelhos de tomografia computadorizada (tomógrafos)**, de **cada um dos tipos especificados abaixo**, existentes na instituição

>256 detectores \_\_\_\_\_

256 detectores \_\_\_\_\_

128 detectores \_\_\_\_\_

64 detectores \_\_\_\_\_

32 detectores \_\_\_\_\_

16 detectores \_\_\_\_\_

8 detectores \_\_\_\_\_

4 detectores \_\_\_\_\_

2 detectores \_\_\_\_\_

1 detector \_\_\_\_\_

20. Indique o número de **aparelhos de ressonância magnética**, de cada um dos tipos especificados abaixo, existentes na sua instituição. Se não houver aparelhos de RM, deixe em branco.

>3 Tesla \_\_\_\_\_

3 Tesla \_\_\_\_\_

1,5 Tesla \_\_\_\_\_

<1,5 Tesla \_\_\_\_\_

21. Comentários adicionais?

# Manutenção de Aparelhos de Radiologia

## 1. Nome da instituição:

2. Quem é responsável pelo **controle de qualidade em radiologia**? Um programa de controle de qualidade em radiologia implica testar regularmente os vários componentes envolvidos na criação de imagens radiológicas para garantir que estão funcionando corretamente.

- Não dispomos de um programa de controle de qualidade em radiologia
- Físico médico
- Responsável pela segurança das radiações
- Técnico
- Médico
- Enfermeiro
- Outros

Se Outro, especifique abaixo

3. Qual é a viabilidade dos preços e para pagamento de reparos dos seguintes aparelhos radiológicos na sua instituição

	Não dispomos deste equipamento	Preço inacessível	Difícil de pagar	Preço acessível
Radiografia convencional	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Revelador de filme radiográfico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Radiografia computorizada (CR)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Radiografia digital (DR)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mamografia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ultrasonografia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

TC	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
RM	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fluoroscopia convencional	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fluoroscopia de arco cirúrgico/angiografia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PET	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gama SPECT	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gama não SPECT	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Densitometria óssea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. Quanto **tempo** é normalmente necessário para o reparo dos seguintes equipamentos radiológicos?

	Não dispomos deste equipamento	Menos de 1 semana	1 a 4 semanas	Mais de 4 semanas
Radiografia convencional	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Revelador de filme radiográfico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Radiografia computorizada (CR)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Radiografia digital (DR)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mamografia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ultrasonografia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TC	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
RM	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fluoroscopia convencional	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Fluoroscopia de arco cirúrgico/angiografia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PET	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gama SPECT	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gama não SPECT	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Densitometria óssea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5. Quem é responsável pelo **reparo** dos seguintes equipamentos na sua instituição?

	Não dispomos deste equipamento	Normalmente reparado pelo nosso pessoal	Normalmente reparado pelo fabricante ou por outro serviço de reparo externo	Não temos acesso a serviços de reparo para este equipamento
Radiografia convencional	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Revelador de filme radiológico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Radiografia computorizada (CR)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Radiografia digital (DR)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mamografia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ultrasonografia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TC	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
RM	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fluoroscopia convencional	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fluoroscopia de arco cirúrgico/angiografia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PET	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Gama SPECT	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gama não SPECT	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Densitometria óssea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6. Indique o **custo aproximado para o reparo e manutenção (anual)** para cada um dos seguintes equipamentos. Indique a **moeda usada (por exemplo, dólares americanos, euros, RMB, moeda local etc.)**

Radiografia convencional

\_\_\_\_\_

Revelador de filme adiográfico

\_\_\_\_\_

Radiografia computadorizada  
(CR)

\_\_\_\_\_

Radiografia digital (DR)

\_\_\_\_\_

Mamografia

\_\_\_\_\_

Ultrasonografia

\_\_\_\_\_

TC

\_\_\_\_\_

RM

\_\_\_\_\_

Unidade de fluoroscopia  
convencional

\_\_\_\_\_

Fluoroscopia de arco  
cirúrgico/angiografia

\_\_\_\_\_

PET

\_\_\_\_\_

Gama SPECT

\_\_\_\_\_

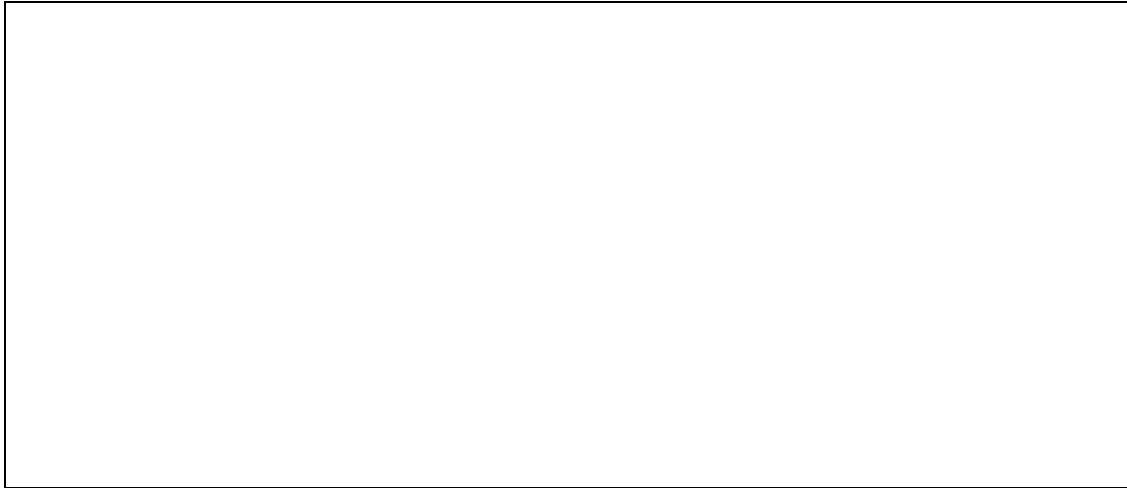
Gama não-SPECT

\_\_\_\_\_

Densitometria óssea

\_\_\_\_\_

7. Comentários adicionais?

A large, empty rectangular box with a thin black border, occupying the upper portion of the page below the question. It is intended for the respondent to write any additional comments or notes.

# Aspectos Financeiros dos Pacientes

## 1. Nome da instituição:

Nas páginas seguintes, há questões relacionadas **às finanças dos seus pacientes**. Reconhecemos a natureza sensível destas informações e apenas as procuramos para ajudar a **desenvolver uma prática de radiologia financeiramente sustentável**. Todas as informações obtidas aqui são consideradas **estritamente confidenciais**, a menos que autorização seja obtida. O nosso objetivo comum é fornecer cuidados de saúde sustentáveis da mais alta qualidade para os pacientes, ajudando a sua instituição a:

1. Optimizar a capacidade de servir mais pacientes na comunidade
2. Criar opções para tornar a radiologia mais acessível aos pacientes
- 3.** Criar ferramentas de divulgação para ajudar na educação da comunidade sobre os benefícios da radiologia

1. Qual é o **preço cobrado aos pacientes** pelos seguintes serviços de radiologia? Indique **a moeda usada** (por exemplo, dólares americanos, euros, RMB, moeda local etc.) para esta estimativa e **utilize a mesma moeda** em todas as respostas.

Radiografia – uma incidência

---

Mamografia de rastreamento -  
incidência craniocaudal (CC) e  
mediolateral oblíqua (MLO)  
bileterais).

---

Ultrasonografia abdominal completa

---

TC do tórax sem contraste  
intravenoso

---

RM do cérebro sem contraste  
intravenoso

---

Cintilografia esquelética de corpo inteiro ("cintilografia óssea")

---

Angiografia mesentérica diagnóstica (sem intervenção)

---

2. Qual é o **preço** cobrado às **companhias de seguro de saúde** dos pacientes pelos seguintes serviços de radiologia?

Radiografia – uma incidência

---

Mamografia de rastreamento - incidência craniocaudal (CC) e mediolateral oblíqua (MLO) bieleterais).

---

Ultrasonografia abdominal completa

---

TC do tórax sem contraste intravenoso

---

RM do cérebro sem contraste intravenoso

---

Cintilografia esquelética de corpo inteiro ("cintilografia óssea")

---

Angiografia mesentérica diagnóstica (sem intervenção)

---

3. Qual é o **custo para a sua instituição** para os seguintes serviços de radiologia?

Radiografia – uma incidência

---

Mamografia de rastreamento -  
incidência craniocaudal (CC) e  
mediolateral oblíqua (MLO) bieleterais

---

Ultrasonografia abdominal completa

---

TC do tórax sem contraste  
intravenoso

---

RM do cérebro sem contraste  
intravenoso

---

Cintilografia esquelética de corpo  
inteiro ("cintilografia óssea")

---

Angiografia mesentérica diagnóstica  
(sem intervenção)

---

4. Como é **determinado o preço** dos serviços de radiologia prestados pela sua instituição?  
Selecione todas as opções que se apliquem.

- Regulamentado pelo governo
- Determinado pelo mercado
- Definido por instituições não governamentais (seguros de saúde)
- Outro

Se Outro, especificar abaixo

5. Considerando o **rendimento médio anual** do país, qual a frequência com que a sua instituição atende **pacientes com cada um dos seguintes rendimentos**

	Muito comum	Comum	Pouco comum	Raramente	Nunca
Mais de 3 vezes o rendimento médio nacional	<input type="checkbox"/>				
2 a 3 vezes o rendimento médio nacional	<input type="checkbox"/>				
Aproximadamente igual ao rendimento médio nacional	<input type="checkbox"/>				
1/3 - 1/2 do rendimento nacional médio	<input type="checkbox"/>				
Menos de 1/3 do rendimento médio nacional	<input type="checkbox"/>				

6. Qual a percentagem de pacientes atendidos na sua instituição que possuem nas suas casas os seguintes itens abaixo...

... um ventilador/ventoinha elétrico?	<input type="checkbox"/>					
... gado/rebanho/pecuaria?	<input type="checkbox"/>					

7. Quantas pessoas em **idade ativa e saudável** (com mais de 17 anos) há em média nas famílias ou agregado familiar dos pacientes atendidos na sua instituição?

- 4 ou mais
- 2-3
- 1
- 0

8. Qual a percentagem de pacientes que têm como **ocupação principal** um dos seguintes?

	Nenhum	Menos de 10%	10-33 %	34-66%	67-99%	Todos
Desempregado	<input type="checkbox"/>					
Agricultores/fazendeiros	<input type="checkbox"/>					
Trabalhadores pouco qualificados (por exemplo, porteiro, varredor de rua)	<input type="checkbox"/>					
Trabalhadores qualificados (por exemplo, construtor, encanador, eletricista)	<input type="checkbox"/>					
Trabalhadores de escritório (por exemplo, secretário, escriturário)	<input type="checkbox"/>					
Profissionais (por exemplo, técnicos, gestores, executivos, diretores, supervisores, professores, médicos, enfermeiros, advogados)	<input type="checkbox"/>					
Outros	<input type="checkbox"/>					

Se Outros, especificar

[Redacted]

9. Qual é a percentagem aproximada de pacientes que pagam uma parte dos custos médicos do **próprio bolso** (ou seja, utilizando seu próprio dinheiro, sem reembolso de seguro de saúde)?

- Nenhum
- Menos de 10%
- 10 - 33%
- 34 - 66%
- 67 - 99%
- Todos

10. Em média, que percentagem do custo médico total estes paciente pagam **do próprio bolso?**

[Redacted]

11. Dos pacientes que pagam parte ou a totalidade dos custos médicos do próprio bolso, com que frequência a sua instituição recebe os **pagamentos em tempo esperado e/ou suficientes?**

- Nunca ou quase nunca
- Por vezes
- Sempre ou quase sempre

12. O que acontece quando um **paciente que não pode pagar por serviços médicos** procura a sua instituição?

- O atendimento médico é prestado de qualquer forma
- O paciente é encaminhado para outra instituição médica
- O atendimento médico não é prestado

13. Qual é a percentagem de pacientes que recebem **atendimento médico gratuito** na sua instituição?

- Muito poucos
- Cerca de 5%
- Cerca de 10%
- Cerca de 15%
- Mais de 15%

14. Os serviços médicos podem ser pagos em **prestações, em vez** de serem pagos em uma só vez?

- Sim
- Não

15. Se sim, a instituição **cobra juros** para o pagamento de despesas médicas em prestações?

- Sim
- Não
- N/A

16. Quais entidades fornecem **seguros de saúde** ou pagam despesas médicas na sua região (não necessariamente para a sua instituição)? Selecione todas as que se aplicam.

- Governo (incluindo sistemas nacionais de saúde)
- Instituições privadas, com fins lucrativos
- Instituições privadas, sem fins lucrativos
- Cooperativas
- Outros

Se Outros, especificar:

17. Que percentagem da receita total da instituição provém de **fundos pagos por uma terceira parte** (ou seja, não pagos pelo paciente)?

Exemplos de pagador terceirizado incluem companhias de seguro, cooperativas e o governo.

- Nenhum
- Menos de 10%
- 10 - 33%
- 34 - 66%
- 67 - 99%
- Todos

18. Com que frequência a sua instituição ou o paciente **recebem reembolso sem atraso e/ou suficiente** de pagadores terceirizados, por exemplo seguros de saúde?

- Sempre ou quase sempre
- Por vezes
- Raramente
- Nunca ou quase nunca

Se a dificuldade do recebimento for significativa, descreva as razões potenciais desta dificuldade:

19. Quantos pacientes **não têm** seguro de saúde porque **não sabem** das opções de seguro disponíveis?

- Nenhum ou quase nenhum
- Alguns
- Muitos

20. Quantos pacientes **não têm** seguro porque **não podem pagar**?

- Nenhum ou quase nenhum
- Alguns
- Muitos

21. Quantos pacientes **não têm** seguro porque não se **qualificam**?

- Nenhum ou quase nenhum
- Alguns
- Muitos

22. Classifique as razões mais comuns para estes pacientes não qualificarem para seguro de saúde:

	Mais comuns (1)	2	3	4	Menos comuns (5)
Rendimento do paciente é muito elevado	<input type="checkbox"/>				
Paciente com condição médica pré-existente	<input type="checkbox"/>				
Rendimento do paciente é muito baixo	<input type="checkbox"/>				
Paciente reside em outra zona/região do país	<input type="checkbox"/>				
Paciente não é cidadão do país ou região	<input type="checkbox"/>				

23. O que a sua instituição poderia fazer (ou já fez) para ajudar pacientes a obter seguro de saúde?

24. Os seus pacientes têm **números de identificação nacional**?

- Sim
- Não

25. A sua instituição utiliza **diferenciação de preços**? A prática de diferenciação de preços estipula preços diferentes para serviços prestados com base no rendimento e na capacidade de pagar dos pacientes.

- Sim
- Não

26. A sua instituição oferece serviços diferenciados adicionais para pacientes com maior capacidade de pagar? Selecione todos os que se aplicam.

- Acomodação especial (por exemplo, quarto individual, mais opções de comida, ar condicionado)
- Opções especiais de marcação de consultas (por exemplo, marcação mais rápida)
- Prestação de cuidados no domicílio do paciente
- Outros

Se Outros, especificar

27. A sua instituição aceita outras **formas de pagamento**, além de dinheiro, cheque, seguro de saúde ou crédito? Por exemplo, troca de bens?

- Sim
- Não

Em caso afirmativo, descreva abaixo

28. Existem instituições **de microfinanciamento** ou outras instituições financeiras ativas na comunidade que **os pacientes possam utilizar para financiar despesas médicas** ou para ajudá-los nos seus negócios?

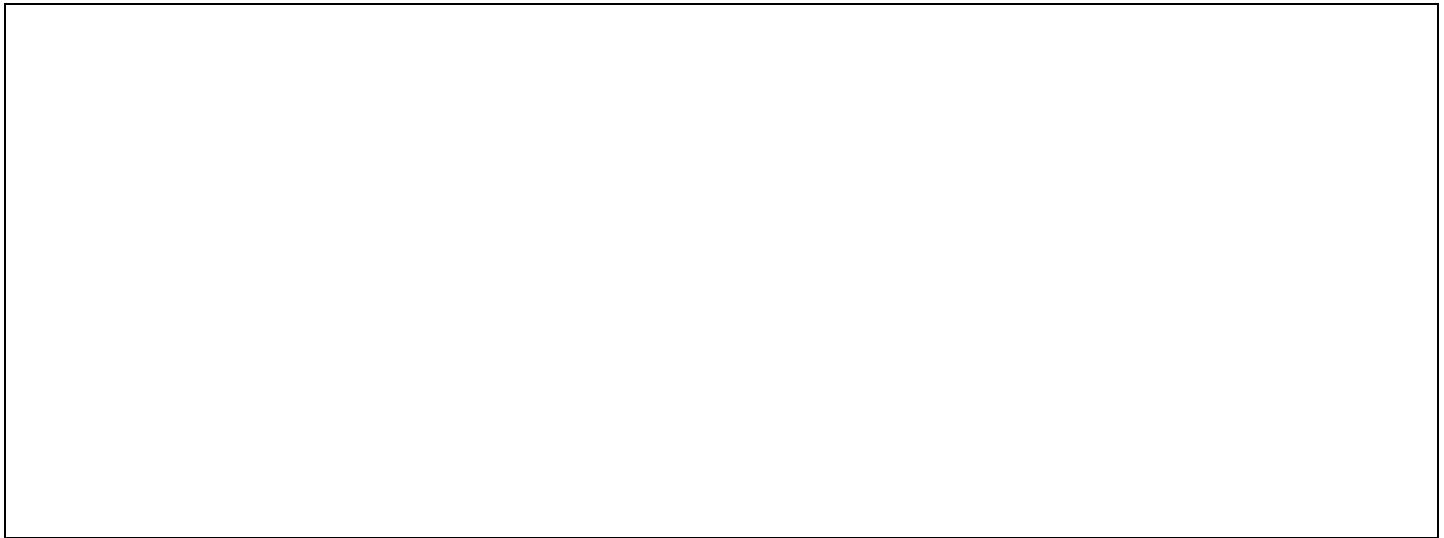
- Sim
- Não

Em caso afirmativo, descreva abaixo

29. Qual é a percentagem de pacientes que recebe outras formas de **ajuda para pagamento de despesas médicas (não de seguro de saúde)**, como subsídios e empréstimos?

- Nenhum
- Alguns
- Muitos
- A maioria

30. Comentários adicionais

A large, empty rectangular box with a thin black border, occupying the upper portion of the page. It is intended for the respondent to write any additional comments or notes.

# Infra-estrutura Financeira

## 1. Nome da instituição:

Nas páginas seguintes, há várias perguntas sobre **planejamento de negócios, finanças e infraestrutura financeira** da sua instituição. Nós reconhecemos a natureza sensível destas informações e apenas as procuramos para ajudar a **desenvolver uma prática de radiologia financeiramente sustentável**. Todas as informações obtidas aqui são consideradas **estritamente confidenciais**, a menos que autorização seja obtida. O nosso objetivo comum é **fornecer cuidados de saúde sustentáveis da mais alta qualidade para os pacientes**. Estes dados financeiros e comerciais serão utilizados para:

1. Melhorar a infraestrutura de gestão financeira, de acordo com normas regionais
2. Fornecer modelos práticos para documentos financeiros
3. Criar um plano de sustentabilidade para a prática de radiologia na sua instituição
4. Incorporar temas empresariais e financeiros de interesse para a equipe administrativa, como parte de um programa educativo de "empreendedorismo no setor de saúde", dedicado a sua instituição
5. Ajudar a desenvolver uma abordagem eficaz para a solicitação de empréstimos e outras formas de financiamento de capital para a compra, funcionamento e manutenção de equipamentos radiológicos
6. Identificar as melhores opções de empréstimo à medida que a sua instituição cresce

1. Qual é a duração do **ciclo de cobrança/faturamento** com os seus **fornecedores** ("**contas a pagar**")?

- 1 mês
- 2 meses
- 3 meses
- Mais de 3 meses

2. Qual é a duração do **ciclo de cobrança/faturamento** com os seus **pacientes e seguradoras** ("**contas a receber**")?

- 1 mês
- 2 meses
- 3 meses
- Mais de 3 meses

3. A sua instituição dispõe de **administradores/profissionais do setor administrativo** para ajudar com as finanças?

- Sim
- Não
- Por vezes, mas não com regularidade

4. A sua instituição dispõe de **pessoal ou departamento dedicado** a faturamento, contabilidade e finanças?

- Sim
- Não
- Por vezes, mas não com regularidade

5. A sua instituição dispõe de pessoal **treinado em financiamento de capital** junto aos bancos ou outras instituições financeiras?

- Sim
- Não
- Por vezes, mas não com regularidade

6. A sua instituição recebe **assistência financeira do governo** na forma de empréstimos, subsídios ou outras formas de apoio monetário?

- Sim
- Não

7. **Outras instituições** no seu país recebem assistência financeira do governo na forma de empréstimos, subsídios ou outras formas de apoio monetário?

- Sim
- Não

8. A sua instituição recebe **benefícios fiscais** do governo?

- Sim
- Não

9. A sua instituição está interessada em contatar o governo para obter mais apoio financeiro para a aquisição, reparação ou manutenção de equipamentos radiológicos?

- Sim
- Não

10. Que tipos de **fontes de financiamento** a sua instituição pode **legalmente** contatar para obter empréstimo ou subsídio para comprar, reparar ou manter equipamentos radiológicos?

Selecione todas as possibilidades legais, independentemente da probabilidade remota de sucesso.

- Governo nacional, regional ou local
- Bancos convencionais
- Instituições de microfinanciamento
- Organizações não-governamentais (ONGs)
- Vendedores ou fabricantes de equipamentos radiológicos
- Setor privado/particular

11. Que tipos de **fontes de financiamento** a sua instituição **utiliza atualmente ou já utilizou** no passado (não apenas para radiologia)? Selecione todas as que se aplicam:

- Governo nacional, regional ou local
- Bancos convencionais
- Instituições de microfinanciamento
- Organizações não-governamentais (ONGs)
- Vendedores ou fabricantes de equipamentos radiológicos
- Setor privado/particular

12. Que outros tipos de **fontes de financiamento não-governamentais** a sua instituição estaria interessada em contatar para obter apoio financeiro para a compra, reparação ou manutenção de equipamentos de radiologia? Selecione todos os que se aplicam:

- Bancos convencionais
- Instituições de microfinanciamento
- Organizações não-governamentais (ONGs)
- Vendedores ou fabricantes de equipamentos radiológicos
- Setor privado/particular

13. Como classificaria a **acessibilidade a crédito** da sua instituição?

- crédito é normalmente fácil de obter
- crédito é normalmente difícil de obter

14. A sua instituição tem atualmente negócios **com um banco ou outra instituição financeira não-governamental?**

- Sim
- Não

15. A sua instituição pode legalmente receber **equipamentos e/ou serviços** doados por fontes não-governamentais?

- Sim
- Não

Em caso afirmativo, por favor indique detalhes necessários

16. No passado, a sua instituição recebeu alguma **doação de equipamento e/ou serviços** de fontes não-governamentais?

- Sim
- Não

17. A sua instituição espera receber algum **equipamento e/ou serviços doados** este ano?

- Sim
- Não

Em caso afirmativo, favor especificar abaixo:

18. A sua instituição é obrigada a apresentar **relatório/balanço financeiro** a uma autoridade reguladora periodicamente?

- Sim
- Não

19. Alguma vez a sua instituição apresentou seu **relatório/balanço financeiro** a outra instituição, que não ao governo? Estas incluem bancos, ONGs, governos estrangeiros, etc.

- Sim
- Não

20. A sua instituição dispõe de **modelos de relatórios financeiros** (declaração de renda, folha de balanço, relatório de fluxos de caixa, análise financeira, etc.)?

- Sim, temos alguns ou todos estes modelos
- Não, não dispomos de nenhum destes modelos e não planejamos desenvolver nenhum deles
- Não, não dispomos de nenhum destes modelos, mas alguns ou todos eles estão sendo desenvolvidos no momento

21. A sua instituição estaria disposta a **compartilhar** conosco **cópias em branco destes modelos** para que possamos compreender melhor os seus métodos de contabilidade atual?

- Sim
- Não
- N/A

22. A sua instituição estaria disposta a **compartilhar conosco alguns ou todos os relatórios financeiros** para que possamos ajudar a instituição a compreender melhor a capacidade de expandir os serviços de radiologia, e assim servir mais pacientes?

- Sim
- Podemos decidir após mais discussões
- Não
- N/A

23. Quais **estatísticas** e balanços de **receitas e despesas** a sua instituição controla?  
Selecione todos os que se aplicam:

- Coeficiente de dívida/rendimento
- Coeficiente de dívida /total de lucros retidos
- Coeficiente de dívida/capital próprio total
- Margem bruta/líquida
- Receita e despesa por doente
- Percentagem de despesas não-médicas versus despesas médicas
- Custos fiscais
- Reembolso de seguros de saúde
- Percentagem de pacientes cobrados/nunca pagos

24. A sua instituição estaria disposta a **compartilhar** conosco **alguns ou todos estes balanços** ou seus componentes?

- Sim
- Não
- N/A

25. Que tipo de assistência financeira, estruturas de planos de pagamento ou estruturas de donativos consideraria mais úteis para a sua instituição?

A lista abaixo é um resumo de alguns dos requisitos que emprestadores e entidades financeiradoras exigem ao analisar pedidos de assistência financeira. Muitos destes já foram mencionados em perguntas anteriores. **O nosso objetivo é ajudar a sua instituição a desenvolver as ferramentas necessárias para otimizar a sua gestão financeira e o seu perfil de crédito.**

**Não é necessário fornecer estes documentos à RAD - AID™ ou a parceiros deste.** Quando nos encontrarmos, analisaremos esta lista com a sua instituição. Por enquanto, ou em futuras correspondências, a sua instituição pode compartilhar conosco itens que considerem úteis.

#### **1. Capacidade de demonstrar lucros:**

- Renda anual bruta e líquida
- Distribuição dos lucros
- Lucros retidos

#### **2. Capacidade de demonstrar uma boa prática orçamentária:**

- Orçamentos mensais e anuais do serviço de radiologia
- Orçamentos mensais e anuais do estabelecimento no seu conjunto, para que possam servir de base para um pedido de empréstimo para equipamentos de radiologia
- relatório financeiro

#### **3. Capacidade de demonstrar histórico de relatórios financeiros (3 anos):**

- Fluxos de caixa
- Balanços
- Declaração de renda

#### **4. Alavancagem disponível para a sua instituição:**

- Quem efetuou o investimento inicial para a sua instituição?
- Quem assegura investimento adicional em recursos e tecnologia (governo ou setor privado)?
- Qual foi o investimento de capital inicial?
- Qual é o investimento de capital anual corrente?
- Lucros retidos anuais das operações
- Todos os empréstimos e obrigações pendentes
- Coeficiente de dívida/rendimento
- Coeficiente de dívida/total de lucros retidos
- Coeficiente de dívida/capital total
- Informação pormenorizada de financiamento existente, incluindo empréstimos nacionais e estrangeiros, moeda forte ou fraca, riscos de taxa de juro e calendário de amortização do financiamento.

# Financiamento de Serviços de Radiologia

## 1. Nome da instituição:

Nas páginas seguintes, há várias questões relativas à **capacidade atual** e aos **métodos de financiamento** dos serviços de radiologia na sua instituição. Nós reconhecemos a natureza sensível destas informações e apenas as procuramos para ajudar a **desenvolver uma prática de radiologia financeiramente sustentável**. Todas as informações obtidas nesta seção serão consideradas **estritamente confidenciais**, a menos que autorização da sua instituição seja obtida.

O nosso objetivo comum é **prestar cuidados sustentáveis da mais elevada qualidade aos seus pacientes**.

Os dados obtidos nesta seção serão utilizados para:

1. Criar um plano de sustentabilidade para a prática de radiologia na sua instituição
2. Ajudar a desenvolver uma abordagem eficaz para solicitação de empréstimos e outras formas de financiamento de capital para financiar a compra, o funcionamento e a manutenção de equipamentos de radiologia
3. Identificar as melhores opções de empréstimo à medida que a sua instituição cresce

1. Identifique a pessoa (nome, profissão e título) **responsável por tomar a decisão final** sobre a aquisição ou não de equipamentos de radiologia. Se houver várias pessoas envolvidas na tomada de decisão, identifique a pessoa principal

Nome \_\_\_\_\_

Ocupação \_\_\_\_\_

Título \_\_\_\_\_

2. A sua instituição já **adquiriu** equipamento de radiologia no passado?

- Sim
- Não

3. A sua instituição alguma vez pagou a **totalidade ou parte** dos custos de **aquisição** de equipamentos radiológicos com **fundos de caixa** (ou seja, fundos não obtidos por empréstimo ou outra forma de financiamento de capital)?

- Sim
- Não

4. Se respondeu "Sim" à pergunta anterior, quais **fontes de financiamento** foram utilizadas para pagar a totalidade ou parte dos custos de **aquisição** de equipamentos radiológicos? Por favor, selecione todas as que se aplicam.

- Rendimento, dotação ou activos do hospital/clínica
- Fundos públicos
- Fundos doados
- Outros

Se Outro, especificar

5. A sua instituição alguma vez pagou a **totalidade ou parte** do custo de **aquisição** de equipamentos de radiologia com **empréstimos ou outras formas de financiamento**?

- Sim
- Não

6. Se respondeu "Sim" à pergunta anterior, quais **seguradores de empréstimo/financiamento** foram utilizados para pagar a totalidade ou parte dos custos de aquisição de equipamento radiológico? Selecione todas as opções que se apliquem.

- Banco privado ou instituição financeira
- Governo
- Fabricante ou vendedor de equipamentos de radiologia
- Pessoa física ou indivíduo particular
- Outros

Se Outro, especificar

7. Além disso, que **fontes de financiamento** foram **utilizadas pela sua instituição para pagar o capital e os juros**? Por favor, selecione todas as opções que se apliquem.

- Rendimento, dotações ou activos do hospital/clínica
- Fundos públicos
- Fundos doados
- Outros

Se Outro, especificar

8. Qual dos seguintes intervalos de **taxas de juro** de financiamento tem sido o mais comum para a compra de equipamento médico na sua instituição?

- N/A
- 0-5%
- 6-11%
- 12-17%
- 18-23%
- 24-29%
- 30-35%
- 36-41%
- 42-47%
- 48% ou mais

9. Quão difícil é para a sua instituição efetuar o pagamento destes empréstimos dentro do prazo?

- N/A
- Não é difícil
- Um pouco difícil
- Muito difícil

10. A sua instituição recebe algum **benefício fiscal ou outros benefícios** para os juros pagos sobre empréstimos para a aquisição de equipamento médico?

- Sim
- Não

11. A sua instituição alguma vez pagou para a **manutenção ou reparo** de equipamentos de radiologia?

- Sim
- Não

12. Quão difícil é para sua instituição pagar a **manutenção e o reparo** de equipamentos de radiologia?

- N/A
- Muito difícil
- Um pouco difícil
- Neutro
- Fácil
- Muito fácil

A lista abaixo é um resumo de alguns dos requisitos que emprestadores e entidades financeiradoras exigem ao analisar pedidos de assistência financeira. Muitos destes já foram mencionados em perguntas anteriores. **O nosso objetivo é ajudá-lo a desenvolver as ferramentas necessárias para otimizar a sua gestão financeira e o seu perfil de concessão de empréstimos/perfil de crédito.**

**Não é necessário fornecer estes documentos à RAD - AID™ ou a parceiros deste.** Quando nos encontrarmos, analisaremos esta lista com a sua instituição. Por enquanto, ou em futuras correspondências, a instituição pode compartilhar conosco itens que considerem úteis.

### **1. Capacidade de demonstrar lucros:**

- Renda anual bruta e líquida
- Distribuição dos lucros
- Lucros retidos

### **2. Capacidade de demonstrar uma boa prática orçamentária:**

- Orçamentos mensais e anuais do serviço de radiologia
- Orçamentos mensais e anuais do estabelecimento no seu conjunto, para que possam servir de base para um pedido de empréstimo para equipamentos de radiologia
- relatório financeiro

### **3. Capacidade de demonstrar histórico de relatórios financeiros (3 anos):**

- Fluxos de caixa
- Balanços
- Declaração de renda

### **4. Alavancagem disponível para a sua instituição:**

- Quem efetuou o investimento inicial para a sua instituição?
- Quem assegura investimento adicional em recursos e tecnologia (governo ou setor privado)?
- Qual foi o investimento de capital inicial?
- Qual é o investimento de capital anual corrente?
- Lucros retidos anuais das operações
- Todos os empréstimos e obrigações pendentes
- Coeficiente de dívida/rendimento
- Coeficiente de dívida/total de lucros retidos
- Coeficiente de dívida/capital total
- Informação pormenorizada de financiamento existente, incluindo empréstimos nacionais e estrangeiros, moeda forte ou fraca, riscos de taxa de juro e calendário de amortização do financiamento

**5. Os dados financeiros são regularmente monitorados e calculados:**

- Margem bruta/líquida
- Receitas e despesas por doente
- Percentagem de despesas não médicas / médicas
- Custos fiscais
- Reembolsos de seguros
- Percentagem de doentes faturados que nunca pagaram

**6. Custos fixos anuais de funcionamento:**

- Folha de pagamento
- Pagamento do empréstimo
- Depreciação de equipamentos

**7. Custos variáveis anuais:**

- Eletricidade
- Água
- Trabalhadores temporários
- Consumíveis (material médico)

**8. Equipe de gestão e conselho de administração**

- Antecedentes
- Nível de envolvimento
- Afiliações políticas

## 1. Comentários adicionais