# 1. DENOMINACIÓN DEL CENTRO DE SALUD

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Denominación del Centro de Salud** | |  | | |
| **Localidad** |  | | **Provincia** |  |
| **Adscrito a:** | |  | | |
| **Entidad titular del dispositivo** | |  | | |

**2. CAPACIDAD DOCENTE DEL DISPOSITIVO**

**Duración estancia formativa**

|  |  |
| --- | --- |
| **Medicina Obstetricia y Ginecología Enfermería Obstétrico-Ginecológica (Matrón/a)** | |
|  |  |
| **Medicina Obstetricia y Ginecología Enfermería Obstétrico-Ginecólogica (Matrón/a)** | |
|  |  |

**Capacidad docente (turnos/año)**

# 3. RESPONSABLE / COLABORADOR DOCENTE DEL DISPOSITIVO

Nombre, apellidos y especialidad

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Dº/Dª** |  | **Especialidad** |  |
| **Dº/Dª** |  | **Especialidad** |  |
| **Dº/Dª** |  | **Especialidad** |  |
| **Dº/Dª** |  | **Especialidad** |  |
| **Dº/Dª** |  | **Especialidad** |  |
| **Otros colaboradores:** | | | |
|  | | | |

# 4. COBERTURA POBLACIONAL

|  |  |
| --- | --- |
| **Cobertura Poblacional** | 0 |

**5. RECURSOS HUMANOS**

Indicar el número de profesionales

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Especialistas en Enfermería Obstétrico-Ginecológica (Matrón/a)** | |  |
| **Enfermeros/as de Cuidados Generales** | |  |
| **Médicos/as de Atención Primaria** | |  |
| **Residentes de Medicina Familiar y Comunitaria** | |  |
| **Residentes de otras especialidades** | |  |
| **Otros profesionales** |  | |

# 6. ÁREA FÍSICA

Disponibilidad de consultas, aulas, salas de reuniones, biblioteca, otros.

|  |  |
| --- | --- |
| **Consulta de Matrón/a** |  |
| **Nº Sesiones/semana de consulta de Matrón/a** |  |
| **Nº Aulas** |  |
| **Sala Reuniones** |  |
| **Otros recursos del área física** |  |

# Biblioteca

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Fuentes documentales en soporte papel** | Sí | No |
| **Acceso a base de datos** | Sí | No |
| **Acceso a texto completo de revistas nacionales e internacionales de interés** | Sí | No |

**7. RECURSOS MATERIALES**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Archivo de Historias Clínicas** | | Si | No |
| **Registro informatizado de casos y actividad asistencial** | | Si | No |
| **Informatización de los Planes de Cuidados de Enfermería** | | Si | No |
| **Registro del proceso enfermero en la Historia Clínica** | | Si | No |
| **Disponibilidad de acceso a medios audiovisuales** | | Si | No |
| **Material de simulación** | | Si | No |
| **Otros recursos materiales** |  | | |

# 8. PROTOCOLOS DE ACTUACIÓN ASISTENCIAL

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Control y seguimiento del embarazo** | | SÍ | NO |
| **Educación maternal** | | SÍ | NO |
| **Programas de postparto** | | SÍ | NO |
| **Control puerperio** | | SÍ | NO |
| **Planificación familiar** | | SÍ | NO |
| **Programas de prevención** | | SÍ | NO |
| **Programas de climaterio** | | SÍ | NO |
| **Programas dirigidos a jóvenes** | | SÍ | NO |
| **Programas dirigidos a la comunidad** | | SÍ | NO |
| **Otros programas:** |  | | |

**9. INDICADORES DE ACTIVIDAD ASISTENCIAL**

Indicar número de los 2 últimos años

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Año** | 0 | **Año** | 0 |
| **Consejo reproductivo** | 0 | **Consejo reproductivo** | 0 |
| **Primeras visitas** | 0 | **Primeras visitas** | 0 |
| **Control prenatal** | 0 | **Control prenatal** | 0 |
| **Puerperio domiciliario** | 0 | **Puerperio domiciliario** | 0 |
| **Consultas puerperio** | 0 | **Consultas puerperio** | 0 |
| **Planificación familiar y contracepción** | 0 | **Planificación familiar y contracepción** | 0 |
| **Consejo afectivo-sexual** | 0 | **Consejo afectivo-sexual** | 0 |
| **Atención a jóvenes** | | **Atención a jóvenes** | |
|  | |  | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Actividades preventivas en salud sexual y reproductiva** | 0 | **Actividades preventivas en salud sexual y reproductiva** | 0 |
| **Citologías** | 0 | **Citologías** | 0 |
| **Mamografías** | 0 | **Mamografías** | 0 |
| **Otros diagnóstico precoces de cáncer ginecología y de mama** | | **Otros diagnóstico precoces de cáncer ginecología y de mama** | |
|  | |  | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Nº de grupos/año de educación para la maternidad y paternidad** | 0 | **Nº de grupos/año de educación para la maternidad y paternidad** | 0 |
| **Nº de grupos/año postparto** | 0 | **Nº de grupos/año postparto** | 0 |
| **Nº de grupos/año de promoción y apoyo a la lactancia** | 0 | **Nº de grupos/año de promoción y apoyo a la lactancia** | 0 |
| **Nº de grupos/año de educación para la salud de la mujer durante la menopausia y el climaterio** | 0 | **Nº de grupos/año de educación para la salud de la mujer durante la menopausia y el climaterio** | 0 |
| **Actividades educativas en la comunidad** | | **Actividades educativas en la comunidad** | |
|  | |  | |



Marcar en el caso de adjuntar a la solicitud una memoria asistencial de los 2 años previos

# 10. SESIONES CLÍNICAS

En caso de señalarse afirmativamente , debe aportarse Calendario como documentación adjunta

|  |  |
| --- | --- |
| **Sesiones clínicas conjuntas de todos los profesionales del centro** | SÍ  NO |
| **Sesiones clínicas específicas de Enfermería Obstétrico-Ginecológica (Matrón/a)** | SÍ  NO |

# 11. ACTIVIDAD DOCENTE E INVESTIGADORA DURANTE LOS DOS ÚLTIMOS AÑOS

En caso de señalarse afirmativamente, debe aportarse en documentación adjunta

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Formación continuada del Centro o Área de Salud** | SÍ | NO |
| **Ponencias y comunicaciones presentadas** | SÍ | NO |
| **Proyectos de investigación** | SÍ | NO |
| **Publicaciones** | SÍ | NO |
| **Otros** | SÍ | NO |

# 12. INDICADORES DE CALIDAD

Indicar el número durante los 2 últimos años

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Año** | 0 | **Año** | 0 |
| **Captación del embarazo antes de las 12ª semana de gestación** | 0 | **Captación del embarazo antes de las 12ª semana de gestación** | 0 |
| **Mujeres con control adecuado de la gestación** | 0 | **Mujeres con control adecuado de la gestación** | 0 |
| **Mujeres que realizan un mínimo de 5 sesiones de educación maternal** | 0 | **Mujeres que realizan un mínimo de 5 sesiones de educación maternal** | 0 |
| **Programas de postparto y apoyo a la lactancia** | 0 | **Programas de postparto y apoyo a la lactancia** | 0 |
| **Mujeres que mantienen la lactancia más de 4 meses, si lo desean** | 0 | **Mujeres que mantienen la lactancia más de 4 meses, si lo desean** | 0 |
| **Cribaje poblacional de cáncer de cérvix a través del programa** | 0 | **Cribaje poblacional de cáncer de cérvix a través del programa** | 0 |
| **Embarazos no deseados** | 0 | **Embarazos no deseados** | 0 |
| **Otros** | | **Otros** | |
|  | |  | |

# 13. QUEJAS Y RECLAMACIONES

En relación a los Programas de Atención a la Mujer y de Salud Sexual y Reproductiva, sobre el total del Centro de Salud (Indicar

%) de los 2 últimos años y medidas adoptadas

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Año** | 0 | **Año** | 0 |
| **Quejas y reclamaciones** | 0 | **Quejas y reclamaciones** | 0 |
| **Medidas adoptadas** | | | |
|  | | | |