#  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** |
|  |