

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)
Capacidad docente (turnos/año)	Medicina Obstetricia y Ginecología	Enfermería Obstétrico-Ginecológica (Matrón/a)

3. RESPONSABLE / COLABORADOR DOCENTE DEL DISPOSITIVO

Nombre, apellidos y 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	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Acceso a base de datos	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Acceso a texto completo de revistas nacionales e internacionales de interés	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No

7. RECURSOS MATERIALES

Archivo de Historias Clínicas	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Registro informatizado de casos y actividad asistencial	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Informatización de los Planes de Cuidados de Enfermería	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Registro del proceso enfermero en la Historia Clínica	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Disponibilidad de acceso a medios audiovisuales	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Material de simulación	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Otros recursos materiales		

8. PROTOCOLOS DE ACTUACIÓN ASISTENCIAL

Control y seguimiento del embarazo	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO
Educación maternal	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO
Programas de postparto	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO
Control puerperio	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO
Planificación familiar	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO
Programas de prevención	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO
Programas de climaterio	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO
Programas dirigidos a jóvenes	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO
Programas dirigidos a la comunidad	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO
Sesiones clínicas específicas de Enfermería Obstétrico-Ginecológica (Matrón/a)	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO
Ponencias y comunicaciones presentadas	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO
Proyectos de investigación	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO
Publicaciones	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO
Otros	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> 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			