1. DATOS DE FILIACIÓN

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Denominación del Dispositivo Docente a asociar** | |  | | |
| **Entidad titular del dispositivo** | |  | | |
| **Localidad** |  | | **Provincia** |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Unidad Docente a la que se asocia** |  | |
| **Entidad Titular de la Unidad Docente a la que se asocia** |  | |
| **Comisión de Docencia de la Unidad Docente a la que se asocia** |  | |
| **¿Aporta acuerdo/Convenio de colaboración entre las Entidades Titulares del Dispositivo y la UD?** | |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Duración de la estancia formativa en el Dispositivo Docente a asociar** |  |
| **¿Cuántos turnos de rotación/año se establecen?** | 0 |
| **¿El dispositivo docente a asociar pertenece a una Unidad Docente acreditada?** |  |
| **En caso afirmativo indique la denominación de la Unidad y su capacidad docente (residentes/año):** |  |
| **El dispositivo docente a asociar ¿es un Dispositivo docente asociado de otra Unidad Docente acreditada?** |  |
| **En caso afirmativo indique la denominación de la Unidad y la duración de la estancia formativa y los turnos de rotación**  **/año establecidos** | |
|  | |

**Responsables o colaboradores docentes en el dispositivo docente a asociar**

|  |  |
| --- | --- |
| **Nombre y apellidos Especialidad** | |
|  |  |
|  |  |

2. POBLACIÓN DE REFERENCIA DEL DISPOSITIVO A ASOCIAR

|  |  |
| --- | --- |
| **Cobertura poblacional** | 0 |
| **Descripción epidemiológica de la población asignada** | |
|  | |

3. RECURSOS HUMANOS DEL DISPOSITIVO A ASOCIAR

Indicar únicamente los recursos humanos del dispositivo docente a asociar

**Indicar RRHH del dispositivo; facultativos, enfermería y otros**

|  |  |
| --- | --- |
| **Categoría/Especialidad Número** | |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
| **Organización jerárquica del dispositivo** | |
|  | |

4. ÁREA FÍSICA DEL DISPOSITIVO DOCENTE A ASOCIAR

**Recursos físicos del dispositivo**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nº Camas** | **Nº Quirófanos** | **Nº Consultas** | **Hospital de día** | **Aula** | **Sala de Reuniones** |
|  |  |  |  |  |  |
| **Otros recursos del Área física** | | | | | |
|  | | | | | |

5. RECURSOS MATERIALES

|  |  |
| --- | --- |
| **Recursos Materiales** | ¿El sistema de archivo de Historias Clínicas está informatizado?  ¿La Historia clínica incluye el proceso enfermero?  Disponibilidad de medios audiovisuales |
| **Otros Recursos Materiales** | |
|  | |

6. ACTIVIDAD DOCENTE E INVESTIGADORA

Durante los últimos dos años

**Actividad Docente e Investigadora del dispositivo**



Memoria científica

7. ACTIVIDAD ASISTENCIAL

Referida a los últimos 2 años, cumplimentar según corresponda

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Año** |  | **Año** |  |
| **Nº de ingresos de la Unidad** |  | **Nº de ingresos de la Unidad** |  |
| **N.º de sesiones quirófano/semanales** |  | **N.º de sesiones quirófano/semanales** |  |
| **N.º total de intervenciones quirúrgicas de la Unidad** |  | **N.º total de intervenciones quirúrgicas de la Unidad** |  |
| **Porcentaje de intervenciones con CMA** |  | **Porcentaje de intervenciones con CMA** |  |
| **N.º de sesiones de consulta/semana** |  | **N.º de sesiones de consulta/semana** |  |
| **N.º total de primeras consultas de la Unidad** |  | **N.º total de primeras consultas de la Unidad** |  |
| **N.º total de consultas sucesivas de la Unidad** |  | **N.º total de consultas sucesivas de la Unidad** |  |
| **N.º de interconsultas** |  | **N.º de interconsultas** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Existen Consultas Monográficas** |  |

**Consultas Monográficas**

|  |  |
| --- | --- |
| **Guardias propias del dispositivo** |  |
| **Nº Urgencias de la Unidad** | |
|  | |

**GDRs más frecuentes**



Memoria Asistencial

8. INDICADORES DE CALIDAD

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Año** |  | **Año** |  |
| **Estancia Media** |  | **Estancia Media** |  |
| **Índice de ocupación** |  | **Índice de ocupación** |  |
| **Exitus** |  | **Exitus** |  |
| **Reingresos en menos de 30 días (%)** |  | **Reingresos en menos de 30 días (%)** |  |
| **Tasa de infecciones nosocomiales** |  | **Tasa de infecciones nosocomiales** |  |
| **Efectos adversos acontecidos en la Unidad** |  | **Efectos adversos acontecidos en la Unidad** |  |
| **Quejas y reclamaciones recibidas en la unidad** |  | **Quejas y reclamaciones recibidas en la unidad** |  |
| **Breve resumen de las medidas adoptadas para quejas y reclamaciones** | | | |
|  | | | |

9. OBJETIVOS DOCENTES DE LA ESTANCIA FORMATIVA EN EL DISPOSITIVO A ASOCIAR

**Objetivos de la estancia formativa**