|  |
| --- |
| FORMULARIO ESPECÍFICO DE ACREDITACIÓN Y RE-ACREDITACIÓN DE CENTROS DE SALUD DE UDM DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA  |

[**Programa formativo**](http://www.mspsi.gob.es/profesionales/formacion/docs/obstetricoGinecologico.pdf) [**Requisitos acreditación**](http://www.mspsi.gob.es/profesionales/formacion/docs/AcreditacionDocente/RequisitoUDMOG.pdf)

|  |
| --- |
| 1. DENOMINACIÓN DEL CENTRO:       |
| Localidad:        | Provincia:       |
| Adscrito a: *(Indicar denominación de la Unidad Docente)*       |
| Entidad titular del dispositivo:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|

|  |
| --- |
| **2. CAPACIDAD DOCENTE DEL DISPOSITIVO:**  |
| Especialidad | Duración estancia formativa | Capacidad docente (turnos/año) |
| Enfermería Obstétrico-Ginecológica (Matrón/a) |       |       |
| Medicina Obstetricia y Ginecología |       |       |

3. RESPONSABLE / COLABORADOR DOCENTE en este dispositivo: *(Nombre, Apellidos y Especialidad)* |
| Don/Doña:      Don/Doña:      Don/Doña:       | Especialidad:      Especialidad:      Especialidad:       |

 |
| 4. COBERTURA POBLACIONAL:  |       |
|  5. RECURSOS HUMANOS: | Indicar número de profesionales: |
| Especialistas en Enfermería Obstétrico-Ginecológica (Matrón/a)  |       |
| Otros profesionales:  |  |
|  Enfermeros/as de Cuidados Generales |       |
|  Médicos/as de Atención Primaria |       |
|  Residentes de Medicina Familiar y Comunitaria |       |
|  Residentes de otras especialidades |       |
|  Otros *(especificar)*:       |       |
| 6. ÁREA FÍSICA: *Disponibilidad de Consultas, Aulas, Salas de Reuniones, Biblioteca, Otros* | Indicar número |
| Consulta de Matrón/a SÍ[ ]  NO[ ]  |       |
| Nº Sesiones/semana de consulta de Matrón/a |       |
| Aulas: Sala Reuniones SÍ [ ]  NO [ ]  Núm*.:*       SÍ [ ]  NO [ ]  Núm*:*        |
| Otros recursos del área física *(indicar):*       |
| 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 | SÍ [ ]  NO [ ]  |
| Registro informatizado de casos y actividad asistencial | SÍ [ ]  NO [ ]  |
| Disponibilidad de medios audiovisuales | SÍ [ ]  NO [ ]  |
| Material de simulación | SÍ [ ]  NO [ ]  |
| Otros recursos materiales *(indicar)*:       |
| 8. PROTOCOLOS DE ACTUACIÓN ASISTENCIAL en los que se especifiquen las actividades de las MATRONAS:  |
| 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 *(indicar):*       |
| 9. INDICADORES DE ACTIVIDAD ASISTENCIAL realizada por MATRONAS DEL CENTRO DE SALUD, durante los dos últimos años.  |
|  | Año      | Año      |
| Consejo reproductivo |       |       |
| Primeras visitas |       |       |
| Control prenatal |       |       |
| Puerperio domiciliario y consultas |       |       |
| Planificación familiar y contracepción |       |       |
| Consejo afectivo-sexual |       |       |
| Atención a jóvenes |       |       |
| Actividades preventivas en salud sexual y reproductiva |       |       |
| Diagnóstico precoz de cáncer ginecológico y de mama: |       |       |
|  Citologías |       |       |
|  Mamografías |       |       |
|  Otras:       |       |       |
| Nº de grupos/año de educación para la maternidad y paternidad |       |       |
| Nº de grupos/año de postparto |       |       |
| Nº de grupos/año de promoción y apoyo a la lactancia |       |       |
| Nº de grupos/año de educación para la salud de la mujer durante la menopausia y el climaterio |       |       |
| Actividades educativas en la comunidad *(Especificar e indicar número de grupos / año):* |  |  |
|        |       |       |
|        |       |       |
|        |       |       |
| 10. SESIONES CLÍNICAS: *(En caso de señalarse afirmativamente, debe aportarse Calendario en documentación adjunta)* |
| Sesiones clínicas conjuntas *(de todos los profesionales del Centro)* | SÍ [ ]  NO [ ]  |
| Sesiones clínicas específicas | Enfermería Obstétrico-Ginecológica (Matrón/a) | SÍ [ ]  NO [ ]  |
| 11. ACTIVIDAD DOCENTE E INVESTIGADORA de todos los profesionales (durante los dos últimos años): |
| 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 (\*) *(Seminarios, Conferencias, elaboración de Protocolos, etc.)* | SÍ [ ]  NO [ ]  |
| 12. INDICADORES DE CALIDAD (indicar número durante los dos últimos años): |
|  | Año      | Año      |
| Captación del embarazo antes de la 12ª semana de gestación |       |       |
| Mujeres con control adecuado de la gestación |       |       |
| Mujeres que realizan un mínimo de 5 sesiones de educación maternal |       |       |
| Programas de postparto y apoyo a la lactancia |       |       |
| Mujeres que mantienen la lactancia más de 4 meses, si lo desean |       |       |
| Cribaje poblacional de cáncer de cérvix a través del programa |       |       |
| Embarazos no deseados |       |       |
| Otros *(especificar)*: |
|        |       |       |
|  QUEJAS Y RECLAMACIONES: |
| Quejas y reclamaciones recibidas en relación a los Programas de Atención a la Mujer y de Salud Sexual y Reproductiva, sobre el total del Centro de Salud *(indicar porcentaje),* en los dos últimos años, y medidas adoptadas. |
|  | Año      | Año      |
| Quejas y reclamaciones recibidas *(indicar porcentaje)* |       |       |
| Medidas adoptadas:       |

Los datos de este formulario han sido recogidos en fecha       de  de 20

|  |
| --- |
| (Entidad titular del dispositivo) |

 Fdo.:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(\*) *En caso de señalarse afirmativamente, debe aportarse en documentación adjunta.*