|  |
| --- |
| 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.*