|  |
| --- |
| FORMULARIO ESPECÍFICO DE ACREDITACIÓN Y RE-ACREDITACIÓN DE DISPOSITIVOS HOSPITALARIOS 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 DISPOSITIVO HOSPITALARIO:       |
| 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 / COORDINADOR DE LA DOCENCIA 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) |       |
| Especialistas en Obstetricia y Ginecología |       |
| Otros profesionales: |       |
|  Enfermeros/as de Cuidados Generales |       |
|  Otros *(indicar)*:       |       |

 |
| 6. ÁREAS ASISTENCIALES |
| Embarazo, parto y puerperio normal | SÍ [ ]  NO [ ]  |
| Embarazo, parto y puerperio patológico | SÍ [ ]  NO [ ]  |
| Diagnóstico prenatal | SÍ [ ]  NO [ ]  |
| Contracepción | SÍ [ ]  NO [ ]  |
| Mama y su patología | SÍ [ ]  NO [ ]  |
| Reproducción y endocrinología ginecológica | SÍ [ ]  NO [ ]  |
| Suelo pélvico | SÍ [ ]  NO [ ]  |
| Menopausia | SÍ [ ]  NO [ ]  |
| Neonatología | SÍ [ ]  NO [ ]  |
| Ginecología general *(específico para la formación de especialistas en Obstetricia y Ginecología)* | SÍ [ ]  NO [ ]  |
| Ginecología oncológica *(específico para la formación de especialistas en Obstetricia y Ginecología)* | SÍ [ ]  NO [ ]  |
| 7. ÁREA FÍSICA:  | Indicar número  |
| Consultas externas:  | Sesiones / semana consulta Gestación de riesgo |       |
| Sesiones / semana consulta Ginecología oncológica |       |
| Sesiones / semana consulta Endocrinología ginecológica y reproducción |       |
| Sesiones / semana consulta Contracepción |       |
| Sesiones / semana consulta Patología mamaria |       |
| Sesiones / semana consulta Ginecología general |       |
| Sesiones / semana consulta Suelo pélvico |       |
| Sesiones / semana consulta Menopausia |       |
| Hospitalización: | Camas de obstetricia  |       |
| Salas de preparto |        |
| Salas de parto |       |
| Salas integradas (preparto y parto) |       |
| Camas de ginecología  |       |
| Quirófanos: | Quirófanos de urgencia obstétrica |       |
| Quirófanos de ginecología |       |
| Sesiones/semana quirófano |       |
| Urgencias obstétrico ginecológicas | SÍ [ ]  NO [ ]  |
| Unidad de fisiopatología fetal | SÍ [ ]  NO [ ]  |
| Unidad de neonatos | SÍ [ ]  NO [ ]  |
| Cuidados intermedios neonatales | SÍ [ ]  NO [ ]  |
| UVI neonatal | SÍ [ ]  NO [ ]  |
| Aulas de desarrollo de habilidades | SÍ [ ]  NO [ ]  |
| 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 [ ]  |
| 8. 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):*  |
| 9. PROGRAMAS / ACTIVIDADES REGLADAS ASISTENCIALES:  |
| Protocolos o guías de actuación | SÍ [ ]  NO [ ]  |
| Otros programas *(indicar):*       |
| 10. INDICADORES DE ACTIVIDAD ASISTENCIAL durante los dos últimos años, relativos a la población de referencia  |
| OBSTETRICIA | Año      | Año      |
| Gestación de riesgo | Número de primeras consultas |       |       |
| Número de consultas sucesivas |       |       |
| Número de sesiones/semanales |       |       |
| Ecografías | Número de ecografías de 1er  trimestre |       |       |
| Número de ecografías de 2º trimestre |       |       |
| Número de ecografías cribado malformaciones fetales |       |       |
| Número de ecografías de 3er trimestre |       |       |
| Número de técnicas invasivas de diagnóstico prenatal  |       |       |
| Número de PARTOS/AÑO:  |       |       |
| Indicar % | Indicar % |
| Partos eutócicos |       |       |
| Partos de baja intervención (parto natural) |       |       |
| Partos múltiples |       |       |
| Cesáreas |       |       |
| Partos Instrumentales | Con fórceps  |       |       |
| Con espátula  |       |       |
| Con ventosa  |       |       |
| GINECOLOGÍA *(específicos para la formación de especialistas en Obstetricia y Ginecología)* |
| Consultas de Ginecología*(últimos dos años)* | Nº primeras consultas | Nº consultas sucesivas | Nº sesiones / semana |
| Año      | Año      | Año      | Año      | Año      | Año      |
| Ginecología oncológica |       |       |       |       |       |       |
| Endocrinología ginecológica y reproducción |       |       |       |       |       |       |
| Contracepción |       |       |       |       |       |       |
| Patología mamaria |       |       |       |       |       |       |
| Ginecología general |       |       |       |       |       |       |
| Suelo pélvico |       |       |       |       |       |       |
| Menopausia |       |       |       |       |       |       |
| Histeroscopias |  | Año      | Año      |
| Histeroscopias diagnósticas |       |       |
| Histeroscopias terapéuticas |       |       |
| Nº de ingresos/año |       |       |
| Nº de sesiones / quirófano / semanales |       |       |
| Tipo de intervenciones QUIRÚRGICAS | Año      | Año      |
| Núm.  | % CMA | Núm. | % CMA |
| Histerectomías vaginales |       |       |       |       |
| Histerectomías abdominales |       |       |       |       |
| Corrección de la incontinencia urinaria |       |       |       |       |
| Cáncer de ovario |       |       |       |       |
| Cáncer de endometrio |       |       |       |       |
| Cáncer de mama |       |       |       |       |
| Cáncer de cuello uterino |       |       |       |       |
| Técnicas quirúrgicas de contracepción |       |       |       |       |
| Planes de Cuidados estandarizados de Enfermería  | SÍ [ ]  NO [ ]  |
| 11. SESIONES CLÍNICAS: *(En caso de señalarse afirmativamente, debe aportarse Calendario en documentación adjunta)* |
| Sesiones clínicas conjuntas | SÍ [ ]  NO [ ]  |
| Sesiones clínicas específicas | Especialistas en Enfermería Obstétrico-Ginecológica (Matrón/a) | SÍ [ ]  NO [ ]  |
| Especialistas en Obstetricia y Ginecología  | SÍ [ ]  NO [ ]  |
| 12. ACTIVIDAD DOCENTE E INVESTIGADORA de todos los profesionales (durante los dos últimos años): |
| Formación continuada (\*) | 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 [ ]  |
| 13. INDICADORES DE CALIDAD (durante los dos últimos años): |
|  OBSTÉTRICOS: | Año      | Año      |
| Estancia media |       |       |
| Tasa de mortalidad perinatal precoz de recién nacido > 500 gr. |       |       |
| Tasa de mortalidad materna |       |       |
| Índice de infección nosocomial puerperal |       |       |
| Porcentaje de reingreso por complicaciones de causa obstétrica |       |       |
| Modos de inicio del trabajo de parto: |  |  |
|  Porcentaje de parto espontáneo |       |       |
|  Porcentaje de parto inducido |       |       |
| Porcentaje de episiotomías  |       |       |
| Porcentaje de desgarros de tercer y cuarto grado |       |       |
| Causas de cesáreas: *(indicar porcentaje de cada una de ellas)* |  |  |
|       |       |       |
|       |       |       |
|       |       |       |
|       |       |       |
| Causas de partos instrumentales: *(indicar porcentaje de cada uno de ellos)* |  |  |
|       |       |       |
|       |       |       |
|       |       |       |
|       |       |       |
| Porcentaje de inducción de madurez pulmonar en la amenaza de parto pretérmino |       |       |
| Porcentaje de profilaxis antibiótica en rotura prematura de membrana en gestación pretérmino |       |       |
| Porcentaje de control de bienestar fetal seriado en gestantes con diagnóstico de crecimiento intrauterino retrasado – CIR |       |       |
| Grupos Diagnósticos Relacionados (GDRs)(\*\*) |
|  GINECOLÓGICOS: | Año      | Año      |
| Estancia media |       |       |
| Porcentaje de infección nosocomial |       |       |
| Porcentaje de estudio preoperatorio |       |       |
| Porcentaje de reingresos por complicaciones de causa ginecológica  |       |       |
| Porcentaje de realización de consentimiento informado en técnicas invasivas |       |       |
| Porcentaje de realización de estudio de extensión en cirugía neoplásica  |       |       |
| Porcentaje de cirugía conservadora en la neoplasia mamaria  |       |       |
| Porcentaje de pauta de analgesia postquirúrgica |       |       |
| Grupos Diagnósticos Relacionados (GDRs)(\*\*) |
|  QUEJAS Y RECLAMACIONES: |
| Quejas y reclamaciones recibidas en la Unidad asistencial de Obstetricia y Ginecología respecto al total del Centro *(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.*

(\*\*) *Adjuntar los 20 GDRs más frecuentes**de los dos últimos años.*