|  |
| --- |
| FORMULARIO ESPECÍFICO DE ACREDITACIÓN Y RE-ACREDITACIÓN DE UNIDADES DOCENTES MULTRIPROFESIONALES DE PEDIATRÍADISPOSITIVOS ATENCIÓN PRIMARIA (Centros de Salud)*Cumplimentar un formulario por cada uno de los Dispositivos de Atención Primaria relacionados en la Tabla Resumen de UDM de Pediatría* |

[Programa Formativo](http://www.mspsi.gob.es/profesionales/formacion/docs/Pediatrianuevo.pdf)

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

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

|  |
| --- |
| **2. CAPACIDAD DOCENTE DEL DISPOSITIVO:**  |
| Especialidad | Duración estancia formativa*(La duración de la estancia formativa es la establecida en la Guía o Itinerario Formativo tipo)* | Capacidad docente (turnos/año) |
| Pediatría y sus Áreas Específicas |       |       |
| Enfermería Pediátrica |       |       |

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

 |
| 4. COBERTURA POBLACIONAL:  | Indicar número  |
| Población infantil de referencia/médico pediatra |       |
| Población infantil de referencia/enfermera pediátrica |       |
|

|  |  |
| --- | --- |
| 5. RECURSOS HUMANOS: | Indicar número de profesionales |
| Especialistas en Pediatría y sus Áreas Específicas *(al menos 1)* |       |
| Especialistas en Enfermería Pediátrica *(al menos 1)* |       |
| Enfermeros/as de Cuidados Generales |       |

 |
| 6. ÁREA FÍSICA:  | Indicar número  |
| N.º de Consultas de Pediatría  |       |
| N.º de Consultas de Enfermería Pediátrica |       |
| Disponibilidad de acceso a sala para sesiones de educación para la Salud, reuniones, sesiones clínicas, etc.Aulas: Sala Reuniones: SÍ [ ]  NO [ ]  Núm*.:*       SÍ [ ]  NO [ ]  N.º        |
| Otros recursos del área física *(indicar):*       |
| 7. RECURSOS MATERIALES:  |
| Archivo de Historias Clínicas | SÍ [ ]  NO [ ]  |
| Registro informatizado de casos y actividad asistencial | SÍ [ ]  NO [ ]  |
| Informatización de los Planes de Cuidados de Enfermería  | SÍ [ ]  NO [ ]  |
| Sistema de registro de vacunaciones | SÍ [ ]  NO [ ]  |
| Registro del proceso enfermero en la Historia Clínica | SÍ [ ]  NO [ ]  |
| Sistema de registro de problemas crónicos | SÍ [ ]  NO [ ]  |
| Disponibilidad de acceso a medios audiovisuales | SÍ [ ]  NO [ ]  |
| Otros recursos materiales *(indicar):*  |
| 8. INDICADORES DE ACTIVIDAD ASISTENCIAL durante los dos últimos años, relativos a la población de referencia  |
|  | Año      | Año      |
| Promedio diario de consultas realizadas/médico pediatra *(mínimo 20, máximo 40)* |       |       |
| Porcentaje de atención a demanda |       |       |
| Porcentaje de atención programada *(mayor o igual a 15%)* |       |       |
| Promedio diario de consultas realizadas/enfermeras pediátricas *(mínimo 10, máximo 30)* |       |       |
| Porcentaje de atención a demanda |       |       |
| Porcentaje de atención programada *(mayor o igual a 40%)* |       |       |
| Promedio diario de Urgencias Pediátricas atendidas en el centro |       |       |
|  |
| Atención a la Infancia y a la Adolescencia *(0< 14 años)* | SÍ [ ]  NO [ ]  |
|  Vacunaciones | SÍ [ ]  NO [ ]  |
|  Programas de salud infantil | SÍ [ ]  NO [ ]  |
|  Atención a la patología aguda y crónica *(especificar)* |  |
|  Actividades de promoción y educación para la salud del niño | SÍ [ ]  NO [ ]  |
|  Coordinación con la atención a la salud mental del niño | SÍ [ ]  NO [ ]  |
|  Salud escolar, que incluya intervenciones grupales | SÍ [ ]  NO [ ]  |
|  Otros *(especificar)* | SÍ [ ]  NO [ ]  |

|  |  |
| --- | --- |
| Otras actividades: | SÍ [ ]  NO [ ]  |
|  Promoción de lactancia materna | SÍ [ ]  NO [ ]  |
|  Programa de acogida de población inmigrante | SÍ [ ]  NO [ ]  |
|  Actividades formativas para padres | SÍ [ ]  NO [ ]  |
|  Posibilidad de colaboración con Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil | SÍ [ ]  NO [ ]  |
|  Coordinación con los servicios Sociales del Área de Salud |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Programas de coordinación con Atención Hospitalaria : | SÍ [ ]  NO [ ]  |
|  Cuidados paliativos | SÍ [ ]  NO [ ]  |
|  Atención en el domicilio | SÍ [ ]  NO [ ]  |
| Programas establecidos por las CCAA para el niño/adolescente: | SÍ [ ]  NO [ ]  |
|  Escuelas infantiles | SÍ [ ]  NO [ ]  |
|  Centros de Educación Primaria | SÍ [ ]  NO [ ]  |
|  Centros de Educación Secundaria | SÍ [ ]  NO [ ]  |
|  Centros de educación Especial | SÍ [ ]  NO [ ]  |
| Otros programas *(indicar):*       |
| 1. ACTIVIDAD DOCENTE E INVESTIGADORA referida a Pediatría, de todos los profesionales.

*(Debe aportarse Planificación del año anterior y del año en curso: N.º y periodicidad, en documentación adjunta)* |
| Sesiones clínicas conjuntas *(mínimo sesión conjunta al 1 mes)* | SÍ [ ]  NO [ ]  |
| Sesiones clínicas específicas | Especialistas en Pediatría y sus Áreas Específicas | SÍ [ ]  NO [ ]  |
| Especialistas en Enfermería Pediátrica  | SÍ [ ]  NO [ ]  |
| Actividades de formación continuada en Pediatría del Centro o Área de Salud del último año *(especificar):*       | SÍ [ ]  NO [ ]  |
| 10. INDICADORES DE CALIDAD (durante los dos últimos años): |
|   | Año      | Año      |
| Tasa de exclusividad de lactancia materna los 4 primeros meses |        |       |
| Programas para el desarrollo precoz del vínculo afectivo |       |       |
| Seguimiento de detección precoz de trastornos del desarrollo psicomotor |        |       |
| Comprobación del cribaje neonatal de metabolopatías |       |       |
| Introducción correcta de la alimentación complementaria en el lactante |       |       |
| Cobertura vacunal en el niño/adolescente |       |       |
| Programas dirigidos al adolescente para prevenir los trastornos alimentarios, consumo de drogas, conflictos y violencia y promoción de la salud afectivo-sexual |       |       |
| Programa de salud escolar |       |       |
| Programa de Atención y acogida al niño y familia inmigrante |       |       |

|  |
| --- |
|  QUEJAS Y RECLAMACIONES: |
| Quejas y reclamaciones recibidas en relación a los Programas de Atención al Niño y Adolescente sano sobre el total del Centro de Salud (%) en los dos últimos años, y medidas adoptadas: |
|  | Año      | Año      |
| Quejas y reclamaciones recibidas *(indicar porcentaje)* |       |       |
| Medidas adoptadas *(indicar)*:       |
| Otros:       |

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

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

Fdo: