|  |
| --- |
| FORMULARIO ESPECÍFICO DE ACREDITACIÓN Y RE-ACREDITACIÓN DE UNIDADES DOCENTES MULTRIPROFESIONALES DE PEDIATRÍA  DISPOSITIVO HOSPITALARIO  *Cumplimentar un formulario por cada uno de los Dispositivos Hospitalarios relacionados en la Tabla Resumen de UDM de Pediatría* |

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

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1. DENOMINACIÓN DEL DISPOSITIVO HOSPITALARIO: | | | |
| Localidad: | Provincia: | | |
| Adscrito a: *(Indicar denominación de la Unidad Docente)* | | | |
| Entidad titular del dispositivo:     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | | ¿El Dispositivo Hospitalario lleva un tiempo mínimo de funcionamiento de 2 años? | | SI  NO *Si es que no indicar el porqué* | | **SI**  **NO** *Si es que no indicar el porqué* | | **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: | |  | |
| |  |  | | --- | --- | | 5. RECURSOS HUMANOS: | Indicar número de profesionales | | Especialistas en Pediatría y sus Áreas específicas *(mínimo 10)* |  | | Especialistas en Enfermería Pediátrica *(mínimo 1/turno)* |  | | Enfermeros/as de Cuidados Generales *(mínimo 10)* |  | | Otros profesionales: |  | | Maestros/as |  | | Trabajadores/as Sociales |  | | Fisioterapeutas |  | | Animadores/as Sociales |  | | Otros *(indicar)*: |  | | | | |
| 6. ÁREAS ASISTENCIALES | | | |
| Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales y Pediátricos | | | SÍ  NO |
| Unidad de Urgencias Pediátricas 24 horas | | | SÍ  NO |
| Unidades de Pediatría: | | |  |
| Lactantes | | | SÍ  NO |
| Preescolares | | | SÍ  NO |
| Escolares | | | SÍ  NO |
| Cirugía pediátrica/infantil | | | SÍ  NO |
| Áreas asistenciales imprescindibles: | | | SÍ  NO |
| Cardiología pediátrica | | | SÍ  NO |
| Gastroenterología pediátrica | | | SÍ  NO |
| Neumología pediátrica | | | SÍ  NO |
| Neuropediatría | | | SÍ  NO |
| Endocrinología y crecimiento | | | SÍ  NO |
| Nefrología pediátrica | | | SÍ  NO |
| Oncología pediátrica | | | SÍ  NO |
| Salud Mental Infanto-Juvenil | | | SÍ  NO |
| Áreas asistenciales opcionales: | | |  |
| Inmunoalergología | | | SÍ  NO |
| Genética y dismorfología | | | SÍ  NO |
| Infectología | | | SÍ  NO |
| Otras: *indicar* | | |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 7. ÁREA FÍSICA: | Indicar número |
| N. º total de camas/cunas, (*mínimo 25* *no incluye camas de neonatología ni cuidados intensivos neonatales ni pediátricos, ni camas de observación).* |  |
| N.º camas de la Unidad de urgencias pediátricas |  |
| N.º camas de Hospital de día pediátrico: SÍ  NO |  |
| N.º camas Unidad de estancia breve: SÍ  NO |  |

|  |  |
| --- | --- |
| N.º de cunas en cuidados intensivos neonatales y pediátricos: (*Cuando esté disponible en el dispositivo, requerirá un mínimo 6 camas/cunas para el cumplimiento de los objetivos de los programas formativos)* |  |
| N.º de cunas en unidad de Neonatología: (*Cuando esté disponible en el dispositivo, requerirá un mínimo de 10 cunas para el cumplimiento de los objetivos de los programas formativos)* |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil | SÍ  NO | | | |
| Escuela Hospitalaria | SÍ  NO | | | |
| Unidad de Lactancia | SÍ  NO | | | |
| Banco de Leche Materna | SÍ  NO | | | |
| Cocina dietética Pediátrica | SÍ  NO | | | |
| Espacios para aislamiento de Infecciones contagio oral-fecal y aéreo, Inmunodeprimidos, problemas psicosociales, etc. *(Indicar)* | SÍ  NO | | | |
| N.º de consultas externas |  | | | |
| Otros recursos del área física *(indicar):* | | | | |
| 8. RECURSOS MATERIALES: | | | | |
| Archivo de Historias Clínicas | | SÍ  NO | | |
| Registro informatizado de casos y actividad asistencial | | SÍ  NO | | |
| Registro del proceso enfermero en la Historia Clínica | | SÍ  NO | | |
| Disponibilidad de acceso medios audiovisuales | | SÍ  NO | | |
| Disponibilidad de acceso aulas o salas de reuniones | | SÍ  NO | | |
| Disponibilidad de acceso a otros recursos docentes: salas y material de demostración, simulación, etc. | | SÍ  NO | | |
| Otros recursos materiales *(indicar):* | | | | |
| 9. INDICADORES DE ACTIVIDAD ASISTENCIAL de los dos últimos años, relativos a la población de referencia  *\* Adjuntar los 10 GDRs pediátricos más frecuentes de cada área en Anexo*  *\**  *Adjuntar de las Áreas asistenciales imprescindibles u opcionales el n. º de ingresos en Anexo* | | | | |
|  | | Año | Año | |
| N.º total de ingresos/año *(mínimo 1000 ingresos/año)* | |  |  | |
| N.º de ingresos/año en Unidad cuidados intensivos neonatales *(si está disponible)* | |  |  | |
| N.º de ingresos/año en Unidad de cuidados intensivos pediátricos *(si está disponible)* | |  |  | |
| N.º de recién nacidos ingresados/año en la unidad neonatal *(si está disponible):* *mínimo 1.000 partos / año* | |  |  | |
| N.º de Urgencias pediátricas/día | |  |  | |
| N.º sesiones consulta área asistencial/semana | |  |  | |
| N.º de primeras consultas *(mínimo 1.000/año)* | |  |  | |
| N.º de consultas sucesivas *(mínimo 3.000/ año)* | |  |  | |
| Consulta externa con agenda específica para enfermería pediátrica:  Indicar | | SÍ  NO | | |
| Planes de Cuidados Pediátricos realizados | | Año | | Año |
| Valoraciones de necesidades de cuidados: indicar % sobre el total de ingresos | |  | |  |
| Informes de enfermería al alta: indicar % sobre el total de ingresos | |  | |  |
| Informes de Continuidad de Cuidados al alta: indicar % sobre el total de de pacientes ingresados con criterios de fragilidad/vulnerabilidad que requieran atención domiciliaria | |  | |  |

|  |
| --- |
| 10. ACTIVIDAD DOCENTE E INVESTIGADORA de todos los profesionales (durante los dos últimos años): |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| SESIONES CLÍNICAS: *(\* En caso de señalarse afirmativamente, debe aportarse Calendario en documentación adjunta*  *con la planificación del año anterior y la del año en curso: N. º y periodicidad).*  *Mínimo 4 sesiones/mes de cada especialidad, de las cuales al menos 1 será conjunta entre ambas especialidades* | | |
| 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 |

|  |  |
| --- | --- |
| Seminarios del último año | N.º       Periodicidad |
| Sesiones bibliográficas del último año | N.º       Periodicidad |
| Actividades de formación continuada en el dispositivo durante el último año: *especificar en documento adjunto* | SÍ  NO |
| Otros: *(Seminarios, Conferencias, elaboración de Protocolos, etc.)* | SÍ  NO |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 11. INDICADORES DE CALIDAD (durante los dos últimos años): | | |
|  | Año | Año |
| Estancia media de pediatría |  |  |
| Estancia media en neonatología,  *si está disponible* |  |  |
| Estancia media en cuidados intensivos neonatales y pediátricos, *si está disponible* |  |  |
| Índice de ocupación (%) |  |  |
| Tasa de mortalidad Perinatal |  |  |
| Tasa de mortalidad Neonatal |  |  |
| Tasa de mortalidad Pediátrica | | |
| Porcentaje de reingresos en menos de 30 días |  |  |
| Tasa de infecciones nosocomiales |  |  |
| N. º de efectos adversos producidos. (*Indicar % sobre n.º de ingresos)* |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| QUEJAS Y RECLAMACIONES: | | |
| Quejas y reclamaciones recibidas en la Unidad asistencial de Pediatría en los dos últimos años respecto al total, y medidas adoptadas. | | |
|  | Año | Año |
| Quejas y reclamaciones recibidas *(indicar porcentaje)* |  |  |
| Medidas adoptadas: | | |
| Otros: | | |

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

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

Fdo.:

**ANEXO ACTIVIDAD DE LAS ÁREAS ASISTENCIALES**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Cardiología pediátrica** | | Año | | Año | |
| Ingresos cardiología pediátrica | |  | |  | |
| 10 GDRs más frecuentes en el centro | | | | | |
| N.º | Denominación |  | |  | |
|  |  |  | |  | |
|  |  |  | |  | |
|  |  |  | |  | |
|  |  |  | |  | |
|  |  |  | |  | |
|  |  |  | |  | |
|  |  |  | |  | |
|  |  |  | |  | |
|  |  |  | |  | |
|  |  |  | |  | |
| N.º sesiones consulta/semana | |  | |  | |
| N.º de primeras consultas | |  | |  | |
| N.º de consultas sucesivas | |  | |  | |
| **Gastroenterología pediátrica** | | Año | | Año | |
| Ingresos gastroenterología pediátrica | |  | |  | |
| 10 GDRs más frecuentes en el centro | | | | | |
| N.º | Denominación |  | |  | |
|  |  |  | |  | |
|  |  |  | |  | |
|  |  |  | |  | |
|  |  |  | |  | |
|  |  |  | |  | |
|  |  |  | |  | |
|  |  |  | |  | |
|  |  |  | |  | |
|  |  |  | |  | |
|  |  |  | |  | |
| N.º sesiones consulta/semana | |  | |  | |
| N.º de primeras consultas | |  | |  | |
| N.º de consultas sucesivas | |  | |  | |
| **Neumología pediátrica** | | Año | | Año | |
| Ingresos neumología pediátrica | |  | |  | |
| 10 GDRs más frecuentes en el centro | | | | | |
| N.º | Denominación |  | |  | |
|  |  |  | |  | |
|  |  |  | |  | |
|  |  |  | |  | |
|  |  |  | |  | |
|  |  |  | |  | |
|  |  |  | |  | |
|  |  |  | |  | |
|  |  |  | |  | |
|  |  |  | |  | |
|  |  |  | |  | |
| N.º sesiones consulta/semana | |  | |  | |
| N.º de primeras consultas | |  | |  | |
| N.º de consultas sucesivas | |  | |  | |
| **Neuropediatría** | | Año | | Año |
| Ingresos neuropediatría | |  | |  |
| 10 GDRs más frecuentes en el centro | | | | |
| N.º | Denominación |  | |  | |
|  |  |  | |  | |
|  |  |  | |  | |
|  |  |  | |  | |
|  |  |  | |  | |
|  |  |  | |  | |
|  |  |  | |  | |
|  |  |  | |  | |
|  |  |  | |  | |
|  |  |  | |  | |
|  |  |  | |  | |
| N.º sesiones consulta/semana | |  | |  | |
| N.º de primeras consultas | |  | |  | |
| N.º de consultas sucesivas | |  | |  | |
| **Endocrinología y crecimiento** | | Año | | Año | |
| Ingresos endocrinología y crecimiento | |  | |  | |
| 10 GDRs más frecuentes en el centro | | | | | |
| N.º | Denominación |  | |  | |
|  |  |  | |  | |
|  |  |  | |  | |
|  |  |  | |  | |
|  |  |  | |  | |
|  |  |  | |  | |
|  |  |  | |  | |
|  |  |  | |  | |
|  |  |  | |  | |
|  |  |  | |  | |
|  |  |  | |  | |
| N.º sesiones consulta/semana | |  | |  |
| N.º de primeras consultas | |  | |  |
| N.º de consultas sucesivas | |  | |  |
| **Nefrología Pediátrica** | | Año | | Año |
| Ingresos nefrología pediátrica | |  | |  |
| 10 GDRs más frecuentes en el centro | | | | |
| N.º | Denominación |  | |  |
|  |  |  | |  |
|  |  |  | |  |
|  |  |  | |  |
|  |  |  | |  |
|  |  |  | |  |
|  |  |  | |  |
|  |  |  | |  |
|  |  |  | |  |
|  |  |  | |  |
|  |  |  | |  |
| N.º sesiones consulta/semana | |  | |  |
| N.º de primeras consultas | |  | |  |
| N.º de consultas sucesivas | |  | |  |
| **Oncología pediátrica** | | Año | | Año |
| Ingresos oncología pediátrica | |  | |  |
| 10 GDRs más frecuentes en el centro | | | | |
| N.º | Denominación |  | |  |
|  |  |  | |  |
|  |  |  | |  |
|  |  |  | |  |
|  |  |  | |  |
|  |  |  | |  |
|  |  |  | |  |
|  |  |  | |  |
|  |  |  | |  |
|  |  |  | |  |
|  |  |  | |  |
| N.º sesiones consulta/semana | |  | |  |
| N.º de primeras consultas | |  | |  |
| N.º de consultas sucesivas | |  | |  |
| **Salud Mental Infanto-Juvenil** | | Año | | Año |
| Ingresos Salud Mental Infanto-Juvenil | |  | |  |
| 10 GDRs más frecuentes en el centro | | | | |
| N.º | Denominación |  | |  |
|  |  |  | |  |
|  |  |  | |  |
|  |  |  | |  |
|  |  |  | |  |
|  |  |  | |  |
|  |  |  | |  |
|  |  |  | |  |
|  |  |  | |  |
|  |  |  | |  |
|  |  |  | |  |
| N.º sesiones consulta/semana | |  | |  |
| N.º de primeras consultas | |  | |  |
| N.º de consultas sucesivas | |  | |  |
| **Neonatología** | | Año | | Año |
| Ingresos Neonatología | |  | |  |
| 10 GDRs más frecuentes en el centro | | | | |
| N.º | Denominación |  | |  |
|  |  |  | |  |
|  |  |  | |  |
|  |  |  | |  |
|  |  |  | |  |
|  |  |  | |  |
|  |  |  | |  |
|  |  |  | |  |
|  |  |  | |  |
|  |  |  | |  |
|  |  |  | |  |
| **Cuidados Intensivos Neonatales** | | Año | | Año |
| Ingresos cuidados intensivos neonatales | |  | |  |
| 10 GDRs más frecuentes en el centro | | | | |
| N.º | Denominación |  | |  |
|  |  |  | |  |
|  |  |  | |  |
|  |  |  | |  |
|  |  |  | |  |
|  |  |  | |  |
|  |  |  | |  |
|  |  |  | |  |
|  |  |  | |  |
|  |  |  | |  |
|  |  |  | |  |
|  |  |  | |  |
| **Genética y dismorfología** | | Año | | Año |
| 10 GDRs más frecuentes en el centro | | | | |
| N.º | Denominación |  | |  |
|  |  |  | |  |
|  |  |  | |  |
|  |  |  | |  |
|  |  |  | |  |
|  |  |  | |  |
|  |  |  | |  |
|  |  |  | |  |
|  |  |  | |  |
|  |  |  | |  |
|  |  |  | |  |
| N.º sesiones consulta/semana | |  | |  |
| N.º de primeras consultas | |  | |  |
| N.º de consultas sucesivas | |  | |  |
| **Infectología** | | Año | | Año |
| Ingresos en infectología | |  | |  |
| 10 GDRs más frecuentes en el centro | | | | |
| N.º | Denominación |  | |  |
|  |  |  | |  |
|  |  |  | |  |
|  |  |  | |  |
|  |  |  | |  |
|  |  |  | |  |
|  |  |  | |  |
|  |  |  | |  |
|  |  |  | |  |
|  |  |  | |  |
|  |  |  | |  |
| N.º sesiones consulta/semana | |  |  | |
| N.º de primeras consultas | |  |  | |
| N.º de consultas sucesivas | |  |  | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Otras:** *(indicar)* | | Año | Año |
| Ingresos en | |  |  |
| 10 GDRs más frecuentes en el centro | | | |
| N.º | Denominación |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| N.º sesiones consulta/semana | |  |  |
| N.º de primeras consultas | |  |  |
| N.º de consultas sucesivas | |  |  |