|  |
| --- |
| FORMULARIO ESPECÍFICO DE ACREDITACIÓN Y RE-ACREDITACIÓN DE UNIDADES DOCENTES MULTRIPROFESIONALES DE PEDIATRÍADISPOSITIVO 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 |       |       |