|  |
| --- |
| FORMULARIO ESPECÍFICO DE ACREDITACIÓN Y RE-ACREDITACIÓN DE DISPOSITIVOS DE ATENCIÓN ESPECIALIZADA DE LA UDM DE SALUD LABORAL |

[**Programa Formativo**](http://www.mspsi.gob.es/profesionales/formacion/docs/mediTrabajo07.pdf)[**Requisitos acreditación**](http://www.mspsi.gob.es/profesionales/formacion/docs/AcreditacionDocente/RequisitoUDSL.pdf)

|  |
| --- |
| 1. DENOMINACIÓN DEL DISPOSITIVO DE ATENCIÓN ESPECIALIZADA:       |
| 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 del Trabajo |       |       |
| Medicina del Trabajo |       |       |

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

 |
| 4. COBERTURA POBLACIONAL:  |       |
| 5. RECURSOS HUMANOS: | Indicar número de profesionales |
| Especialistas en Enfermería del Trabajo / Empresa |       |
|  *(Indicar puesto de trabajo de estos profesionales):*       |
| Especialistas en Medicina del Trabajo / Empresa: |       |
|  *(Indicar puesto de trabajo de estos profesionales):*       |
| Otros profesionales *(indicar):*  |       |
| 6. ÁREA FÍSICA:  | Indicar número |
| Quirófanos  |       |
| Sesiones/semana quirófano |       |
| Camas |       |
| Consultas |       |
| Atención continuada/guardias de 24 horas | 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 [ ]  |
| 7. RECURSOS MATERIALES:  |
| Archivo de Historias Clínicas | SÍ [ ]  NO [ ]  |
| Registro informatizado de casos y actividad asistencial | SÍ [ ]  NO [ ]  |
| Disponibilidad de medios audiovisuales | SÍ [ ]  NO [ ]  |
| Laboratorio de habilidades | SÍ [ ]  NO [ ]  |
| Otros recursos materiales *(indicar)*:

|  |
| --- |
| 8. ÁREAS / SERVICIOS ASISTENCIALES  |
| ÁREAS | Indicadores de actividad asistencial en las áreas / servicios asistenciales, durante los dos últimos años | Año      | Año      |
| [ ]  Alergología | Número de ingresos/año |       |       |
| Tasa de hospitalización |       |       |
| Estancia media |       |       |
| Índice de ocupación |       |       |
| Consultas externas:  |       |       |
|  Primeras consultas:  |       |       |
|  Consultas sucesivas:  |       |       |
|  Núm. consultas/día:  |       |       |
| Planes de Cuidados estandarizados de Enfermería  | SÍ [ ]  NO [ ]  |
| [ ]  Cardiología | Número de ingresos/año |       |       |
| Tasa de hospitalización |       |       |
| Estancia media |       |       |
| Índice de ocupación |       |       |
| Consultas externas:  |       |       |
|  Primeras consultas:  |       |       |
|  Consultas sucesivas:  |       |       |
|  Núm. consultas/día:  |       |       |
| Planes de Cuidados estandarizados de Enfermería  | SÍ [ ]  NO [ ]  |
| [ ]  Cirugía Ortopédica y Traumatología | Número de ingresos/año |       |       |
| Tasa de hospitalización |       |       |
| Estancia media |       |       |
| Índice de ocupación |       |       |
| Actividad quirúrgica urgente *(indicar número de intervenciones)* |       |       |
| Actividad quirúrgica programada *(indicar núm. de intervenciones)* |       |       |
| Consultas externas:  |       |       |
|  Primeras consultas:  |       |       |
|  Consultas sucesivas:  |       |  |
|  Núm. consultas/día:       |       |       |
| Planes de Cuidados estandarizados de Enfermería  | SÍ [ ]  NO [ ]  |
| [ ]  Dermatología | Número de ingresos/año |       |       |
| Tasa de hospitalización |       |       |
| Estancia media |       |       |
| Índice de ocupación |       |       |
| Consultas externas:  |       |       |
|  Primeras consultas:  |       |       |
|  Consultas sucesivas:  |       |       |
|  Núm. consultas/día:  |       |       |
| Planes de Cuidados estandarizados de Enfermería  | SÍ [ ]  NO [ ]  |
| [ ]  Medicina Física y Rehabilitación |  Primeras consultas:  |       |       |
|  Consultas sucesivas:  |       |       |
|  Núm. consultas/día: |       |       |
| [ ]  Medicina Interna | Número de ingresos/año |  |  |
| Tasa de hospitalización |  |  |
| Estancia media |  |  |
| Índice de ocupación |  |  |
| Consultas externas:  |  |  |
|  Primeras consultas:  |  |  |
|  Consultas sucesivas:  |  |  |
|  Núm. consultas/día:  |  |  |
| Planes de Cuidados estandarizados de Enfermería  | SÍ [ ]  NO [ ]  |
| [ ]  Neumología | Número de ingresos/año |  |  |
| Tasa de hospitalización |  |  |
| Estancia media |  |  |
| Índice de ocupación |  |  |
| Consultas externas:  |  |  |
|  Primeras consultas:  |  |  |
|  Consultas sucesivas:  |  |  |
|  Núm. consultas/día:  |  |  |
| Planes de Cuidados estandarizados de Enfermería  | SÍ [ ]  NO [ ]  |
| [ ]  Neurología | Número de ingresos/año |  |  |
| Tasa de hospitalización |  |  |
| Estancia media |  |  |
| Índice de ocupación |  |  |
| Consultas externas:  |       |       |
|  Primeras consultas:  |       |       |
|  Consultas sucesivas:  |       |       |
|  Núm. consultas/día:  |       |       |
| Planes de Cuidados estandarizados de Enfermería  | SÍ [ ]  NO [ ]  |
| [ ]  Oftalmología | Número de ingresos/año |       |       |
| Tasa de hospitalización |       |       |
| Estancia media |       |       |
| Índice de ocupación |       |       |
| Actividad quirúrgica urgente *(indicar número de intervenciones)* |       |       |
| Actividad quirúrgica programada *(indicar núm. de intervenciones)* |       |       |
| Consultas externas:  |       |       |
|  Primeras consultas:  |       |       |
|  Consultas sucesivas:  |       |       |
|  Núm. consultas/día:  |       |       |
| Planes de Cuidados estandarizados de Enfermería  | SÍ [ ]  NO [ ]  |
| [ ]  Otorrinolaringología | Número de ingresos/año |       |       |
| Tasa de hospitalización |       |       |
| Estancia media |       |       |
| Índice de ocupación |       |       |
| Actividad quirúrgica urgente *(indicar número de intervenciones)* |       |       |
| Actividad quirúrgica programada *(indicar núm. de intervenciones)* |       |       |
| Consultas externas:  |       |       |
|  Primeras consultas:  |       |       |
|  Consultas sucesivas:  |       |       |
|  Núm. consultas/día:  |       |       |
| Planes de Cuidados estandarizados de Enfermería  | SÍ [ ]  NO [ ]  |
| [ ]  Psiquiatría | Número de ingresos/año |       |       |
| Tasa de hospitalización |       |       |
| Estancia media |       |       |
| Índice de ocupación |       |       |
| Consultas externas:  |       |       |
|  Primeras consultas:  |       |       |
|  Consultas sucesivas:  |       |       |
|  Núm. consultas/día:  |       |       |
| Planes de Cuidados estandarizados de Enfermería  | SÍ [ ]  NO [ ]  |
| [ ]  Urgencias | TOTAL URGENCIAS |       |       |
| Urgencias médicas |       |       |
| Urgencias traumatológicas |       |       |
| Urgencias Oftalmología |       |       |
| Urgencias ORL |       |       |
| Planes de Cuidados estandarizados de Enfermería  | SÍ [ ]  NO [ ]  |

  |
| 9. SESIONES CLÍNICAS: *(En caso de señalarse afirmativamente, debe aportarse Calendario en documentación adjunta)* |
| Sesiones clínicas conjuntas | SÍ [ ]  NO [ ]  |
| Sesiones clínicas específicas | Especialistas en Enfermería del Trabajo / Empresa | SÍ [ ]  NO [ ]  |
| Especialistas en Medicina del Trabajo / Empresa | SÍ [ ]  NO [ ]  |
|  10. ACTIVIDAD DOCENTE E INVESTIGADORA de todos los profesionales (durante los dos últimos años): |
| Formación continuada (1) | SÍ [ ]  NO [ ]  |
| Ponencias y comunicaciones presentadas (1) | SÍ [ ]  NO [ ]  |
| Proyectos de investigación (1)  | SÍ [ ]  NO [ ]  |
| Publicaciones (1) | SÍ [ ]  NO [ ]  |
| Otros (1) *(Seminarios, Conferencias, elaboración de Protocolos, etc.)* | SÍ [ ]  NO [ ]  |

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

(Entidad titular del dispositivo)

Fdo:

 (1) *En caso de señalarse afirmativamente, debe aportarse en documentación adjunta.*