

FORMULARIO ESPECÍFICO DE ACREDITACIÓN Y RE-ACREDITACIÓN DE UNIDADES DOCENTES MULTIPROFESIONALES DE GERIATRÍA

DISPOSITIVO HOSPITALARIO

Cumplimentar un formulario por cada uno de los Dispositivos Hospitalarios relacionados en la Tabla Resumen de UDM de Geriatria

[Programa formativo](#)

1. DENOMINACIÓN DEL DISPOSITIVO HOSPITALARIO:		
Localidad:	Provincia:	
Adscrito a: <i>(Indicar denominación de la Unidad Docente)</i>		
Entidad titular del dispositivo:		
2. CAPACIDAD DOCENTE DEL DISPOSITIVO:		
Especialidad	Duración estancia formativa <i>(La duración de la estancia formativa es la establecida en la Guía o Itinerario Formativo tipo)</i>	Capacidad docente (turnos/año)
Geriatría		
Enfermería Geriátrica		
3. RESPONSABLE / COLABORADOR DOCENTE en este dispositivo: <i>(Nombre, Apellidos y Especialidad)</i>		
Don/Doña:	Especialidad:	
Don/Doña:	Especialidad:	
Don/Doña:	Especialidad:	
4. COBERTURA POBLACIONAL:		



5. RECURSOS HUMANOS:	Indicar número de profesionales
Especialistas en Geriátria (<i>mínimo 2</i>)	
Especialistas en Enfermería Geriátrica (<i>mínimo 2</i>)	
Otros profesionales:	
Enfermeros/as de Cuidados Generales	
Fisioterapeutas	
Trabajadores/as Sociales	
Terapeutas ocupacionales	
Otros (<i>indicar</i>):	
6. ÁREAS ASISTENCIALES	
Unidad hospitalaria de pacientes agudos	SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Unidad de media estancia/recuperación funcional	SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Hospital de día	SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Interconsultas hospitalarias	SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Consultas externas/Equipos de valoración geriátrica	SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Otras unidades:	SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Unidades de Psicogeriatría	SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Hospitalización a domicilio	SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Unidades de cuidados paliativos geriátricos	SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
7. RECURSOS MATERIALES:	
Archivo de Historias Clínicas	SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Registro informatizado de casos y actividad asistencial	SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Registro del proceso enfermero en la Historia Clínica	SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Disponibilidad de medios audiovisuales	SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Disponibilidad de aulas o salas de reuniones	SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Disponibilidad de otros recursos docentes: salas y material de demostración, simulación, etc.	SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Otros recursos materiales (<i>indicar</i>):	
8. PROGRAMAS / ACTIVIDADES REGLADAS ASISTENCIALES:	
Protocolos o guías de actuación	SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
<i>Indicar los disponibles:</i>	



Interconsultas hospitalarias					Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		Año	Año
Indicar el número de interconsultas hospitalarias realizadas								
Consultas externas/Equipos de valoración geriátrica: <i>(Mínimo 1.000 consultas externas/año o 200 valoraciones/año)</i>							Año	Año
Indicar N.º sesiones/semana:								
N.º total de primeras consultas:								
N.º total de consultas sucesivas:								
Dispone de Consultas Externas Monográficas; <i>desglosar</i>							Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
		N.º sesiones semana		N.º primeras consultas		N.º consultas sucesivas		
		Año	Año	Año	Año	Año	Año	
Otras Unidades Hospitalarias: <i>(Indicar datos de actividad)</i>							Año	Año
Unidades de Psicogeriatría							Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
Hospitalización a domicilio							Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
Unidades de Cuidados Paliativos Geriátricos							Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
10. ACTIVIDAD DOCENTE: <i>(En caso de señalarse afirmativamente, debe aportarse <u>Calendario</u> en documentación adjunta)</i>								
SESIONES CLÍNICAS: <i>(En caso de señalarse afirmativamente, debe aportarse <u>Calendario</u> en documentación adjunta)</i> <i>Mínimo 4 sesiones/mes de cada especialidad, de las cuales, al menos 1 será conjunta entre ambas especialidades</i>								
Sesiones clínicas conjuntas							Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
Sesiones clínicas específicas	Especialistas en Medicina Geriátrica						Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
	Especialistas en Enfermería Geriátrica						Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
Sesiones bibliográficas del último año					N.º	Periodicidad		
Actividades de formación continuada en el dispositivo durante el último año: <i>especificar actividades en documento adjunto</i>							Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	

11. INDICADORES DE CALIDAD (durante los dos últimos años):		
	Año	Año
Estancia media de los 10 GDRs más frecuentes		
Tasa de mortalidad		
Porcentaje de reingresos en menos de 30 días		
Caídas (%)		
Úlceras por presión		
Pérdida funcional entre el ingreso y el alta < 15-20% (indicar %)		
QUEJAS Y RECLAMACIONES:	Año	Año
Quejas y reclamaciones recibidas en la Unidad asistencial de Geriátrica en los dos últimos años respecto al total, y medidas adoptadas. <i>(indicar porcentaje)</i>		
Medidas adoptadas:		
Otros:		

Los datos de este formulario han sido recogidos en fecha de (elegir mes) de 20

(Entidad titular del dispositivo)

Fdo: