

FORMULARIO ESPECÍFICO DE ACREDITACIÓN Y RE-ACREDITACIÓN DE CENTROS DE SALUD DE UDM DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA

[Programa formativo](#)

[Requisitos acreditación](#)

La cumplimentación de este formulario debe realizarse en el formato Word

1. DENOMINACIÓN DEL CENTRO:		
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	Capacidad docente (turnos/año)
Enfermería Obstétrico-Ginecológica (Matrón/a)		
Medicina Obstetricia y Ginecología		
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 Enfermería Obstétrico-Ginecológica (Matrón/a)		
Otros profesionales:		
Enfermeros/as de Cuidados Generales		
Médicos/as de Atención Primaria		
Residentes de Medicina Familiar y Comunitaria		
Residentes de otras especialidades		
Otros <i>(especificar)</i> :		
6. ÁREA FÍSICA: <i>Disponibilidad de Consultas, Aulas, Salas de Reuniones, Biblioteca, Otros</i>		Indicar número
Consulta de Matrón/a sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		
Nº Sesiones/semana de consulta de Matrón/a		

Aulas:		Sala Reuniones	
Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Núm.:		Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Núm.:	
Otros recursos del área física (<i>indicar</i>):			
Biblioteca: (elegir del desplegable)	Fuentes documentales en soporte papel	SÍ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
	Acceso a base de datos	SÍ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
	Acceso a texto completo de revistas nacionales e internacionales de interés	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"/>
Disponibilidad de medios audiovisuales		SÍ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Material de simulación		SÍ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Otros recursos materiales (<i>indicar</i>):			
8. PROTOCOLOS DE ACTUACIÓN ASISTENCIAL en los que se especifiquen las actividades de las MATRONAS:			
Control y seguimiento del embarazo		SÍ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Educación maternal		SÍ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Programas de postparto		SÍ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Control puerperio		SÍ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Planificación familiar		SÍ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Programas de prevención		SÍ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Programas de climaterio		SÍ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Programas dirigidos a jóvenes		SÍ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Programas dirigidos a la comunidad		SÍ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Otros (<i>indicar</i>):			
9. INDICADORES DE ACTIVIDAD ASISTENCIAL realizada por MATRONAS DEL CENTRO DE SALUD, durante los dos últimos años.			
		Año	Año
Consejo reproductivo			
Primeras visitas			
Control prenatal			
Puerperio domiciliario y consultas			
Planificación familiar y contracepción			
Consejo afectivo-sexual			
Atención a jóvenes			
Actividades preventivas en salud sexual y reproductiva			
Diagnóstico precoz de cáncer ginecológico y de mama:			
Citologías			
Mamografías			
Otras:			
Nº de grupos/año de educación para la maternidad y paternidad			
Nº de grupos/año de postparto			
Nº de grupos/año de promoción y apoyo a la lactancia			

Nº de grupos/año de educación para la salud de la mujer durante la menopausia y el climaterio			
Actividades educativas en la comunidad <i>(Especificar e indicar número de grupos / año):</i>			
10. SESIONES CLÍNICAS: <i>(En caso de señalarse afirmativamente, debe aportarse <u>Calendario</u> en documentación adjunta)</i>			
Sesiones clínicas conjuntas <i>(de todos los profesionales del Centro)</i>		SÍ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Sesiones clínicas específicas	Enfermería Obstétrico-Ginecológica (Matrón/a)	SÍ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
11. ACTIVIDAD DOCENTE E INVESTIGADORA de todos los profesionales <i>(durante los dos últimos años):</i>			
Formación continuada del Centro o Área de Salud ^(*)		SÍ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Ponencias y comunicaciones presentadas ^(*)		SÍ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Proyectos de investigación ^(*)		SÍ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Publicaciones ^(*)		SÍ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Otros ^(*) <i>(Seminarios, Conferencias, elaboración de Protocolos, etc.)</i>		SÍ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
12. INDICADORES DE CALIDAD <i>(indicar número durante los dos últimos años):</i>			
		Año	Año
Captación del embarazo antes de la 12ª semana de gestación			
Mujeres con control adecuado de la gestación			
Mujeres que realizan un mínimo de 5 sesiones de educación maternal			
Programas de postparto y apoyo a la lactancia			
Mujeres que mantienen la lactancia más de 4 meses, si lo desean			
Cribaje poblacional de cáncer de cérvix a través del programa			
Embarazos no deseados			
Otros <i>(especificar):</i>			
QUEJAS Y RECLAMACIONES:			
Quejas y reclamaciones recibidas en relación a los Programas de Atención a la Mujer y de Salud Sexual y Reproductiva, sobre el total del Centro de Salud <i>(indicar porcentaje)</i> , en los dos últimos años, y medidas adoptadas.			
		Año	Año
Quejas y reclamaciones recibidas <i>(indicar porcentaje)</i>			
Medidas adoptadas:			

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

(Entidad titular del dispositivo)

Fdo.:

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