|  |
| --- |
| FORMULARIO ESPECÍFICO DE ACREDITACIÓN Y RE-ACREDITACIÓN DE UNIDADES DOCENTES MULTRIPROFESIONALES DE GERIATRÍADISPOSITIVO SOCIOSANITARIO*Cumplimentar un formulario por cada uno de los Dispositivos Sociosanitarios relacionados en la Tabla Resumen de UDM de Geriatría* |

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

|  |
| --- |
| 1. DENOMINACIÓN DEL DISPOSITIVO:

 Tipo de dispositivo:  |
| Localidad:         | Provincia:       |
| Adscrito a: *(Indicar denominación de la Unidad Docente)*       |
| Entidad titular del dispositivo:        |

|  |
| --- |
| **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) |
| Geriatría |       |       |
| Enfermería Geriátrica |       |       |
| 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 Geriatría |       |
| Especialistas en Enfermería Geriátrica |       |
| Otros profesionales: |       |
|  Enfermeros/as de Cuidados Generales |       |
|  Fisioterapeutas |       |
|  Trabajadores/as Sociales |       |
|  Otros *(indicar)*:       |       |
| 6. ÁREA FÍSICA:  |
| Indicar los recursos disponibles:*(Las Residencias para mayores requieren 50 camas para personas dependientes. Los Centros de Día contarán, como mínimo, con 20 plazas).* | Indicar número |
|  |       |
|  |       |
|  |       |
|  |       |
|  |       |
| 7. 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 medios audiovisuales | SÍ [ ]  NO [ ]  |
| Disponibilidad de aulas o salas de reuniones | SÍ [ ]  NO [ ]  |
| Otros recursos materiales *(indicar):*  |
| 8. INDICADORES DE ACTIVIDAD ASISTENCIAL durante los dos últimos años, relativos a la población de referencia |
| Desglosar la actividad asistencial, de acuerdo con los objetivos de la rotación en el dispositivo*(* *Las Unidades de cuidados prolongados/Larga estancia tendrán un mínimo de 100 ingresos/año)* | Año      | Año      |
|  |       |       |
|  |       |       |
|  |       |       |
|  |       |       |
|  |       |       |
|  |       |       |
|  |       |       |
| Planes de Cuidados estandarizados de Enfermería  | SÍ [ ]  NO [ ]  |  |
| 9. ACTIVIDAD DOCENTE de los profesionales (durante los dos últimos años): |
| Sesiones clínicas, *aportar calendario como documentación adjunta* | SÍ [ ]  NO [ ]  |  |
| Formación continuada,  *especificar actividades en documento adjunto* | SÍ [ ]  NO [ ]  |  |

 |

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

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

Fdo: