|  |
| --- |
| FORMULARIO ESPECÍFICO DE ACREDITACIÓN Y RE-ACREDITACIÓN DE UNIDADES DOCENTES MULTRIPROFESIONALES DE GERIATRÍA  DISPOSITIVO 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: