|  |
| --- |
| FORMULARIO ESPECÍFICO DE ACREDITACIÓN Y RE-ACREDITACIÓN DE UNIDADES DOCENTES MULTRIPROFESIONALES DE GERIATRÍA  DISPOSITIVO DEL ÁREA DE ATENCIÓN PRIMARIA  *Cumplimentar un formulario por cada uno de los Dispositivos de Atención Primaria 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: | |  | | | | | |
| Para los Centros de Salud, indicar el índice de envejecimiento demográfico del área básica de salud *(mayor o igual al 12%)* | |  | | | | | |
| |  |  | | --- | --- | | 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 número | | |
| Indicar los recursos del área física *(indicar):* | | | | | | | |
| Posibilidad de acceso a aulas/salas de reuniones | | | | | SÍ  NO | | |
| 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 | | | Año | | | | Año |
|  | | |  | | | |  |
|  | | |  | | | |  |
|  | | |  | | | |  |
|  | | |  | | | |  |
|  | | |  | | | |  |
|  | | |  | | | |  |
|  | | |  | | | |  |
| Planes de Cuidados estandarizados de Enfermería | | | SÍ  NO | | | | |
| 9. ACTIVIDAD DOCENTE de todos 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

|  |
| --- |
| La Entidad titular del dispositivo |

Fdo: