|  |
| --- |
| FORMULARIO ESPECÍFICO DE ACREDITACIÓN Y RE-ACREDITACIÓN DE UNIDADES DOCENTES MULTRIPROFESIONALES DE GERIATRÍADISPOSITIVO HOSPITALARIO*Cumplimentar un formulario por cada uno de los Dispositivos Hospitalarios 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 HOSPITALARIO:       |
| 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 *(mínimo 2)* |       |
| Especialistas en Enfermería Geriátrica *(mínimo 2)* |       |
| Otros profesionales: |       |
|  Enfermeros/as de Cuidados Generales |       |
|  Fisioterapeutas |       |
|  Trabajadores/as Sociales |       |
|  Terapeutas ocupacionales |       |
|  Otros *(indicar)*:       |       |

 |
| 6. ÁREAS ASISTENCIALES |
| Unidad hospitalaria de pacientes agudos | SÍ [ ]  NO [ ]  |
| Unidad de media estancia/recuperación funcional | SÍ [ ]  NO [ ]  |
| Hospital de día | SÍ [ ]  NO [ ]  |
| Interconsultas hospitalarias | SÍ [ ]  NO [ ]  |
| Consultas externas/Equipos de valoración geriátrica | SÍ [ ]  NO [ ]  |
| Otras unidades: | SÍ [ ]  NO [ ]  |
| Unidades de Psicogeriatría | SÍ [ ]  NO [ ]  |
| Hospitalización a domicilio | SÍ [ ]  NO [ ]  |
| Unidades de cuidados paliativos geriátricos | 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 [ ]  |
| Disponibilidad de otros recursos docentes: salas y material de demostración, simulación, etc. | SÍ [ ]  NO [ ]  |
| Otros recursos materiales *(indicar):*  |
| 8. PROGRAMAS / ACTIVIDADES REGLADAS ASISTENCIALES:  |
| Protocolos o guías de actuación | SÍ [ ]  NO [ ]  |
| *Indicar los disponibles:*       |

|  |
| --- |
| 9. AREA FÍSICA Y ACTIVIDAD ASISTENCIAL durante los dos últimos años, relativos a la población de referencia  |
| Unidad hospitalaria de pacientes agudos | Año      | Año      |
| N.º de camas: *(Mínimo 10 camas)* |  |  |
| Ingresos/ año:*(Mínimo 200 ingresos/año)* |  |  |
| Medición de la situación funcional ingreso y alta *(% sobre el total de ingresos)* |  |  |
| Informes de enfermería al alta *(% sobre el total de ingresos)* |  |  |
| 10 GDRs más frecuentes  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| Unidad de media estancia/recuperación funcional | Año      | Año      |
| N.º de camas: |  |  |
| N.º pacientes/año y( mínimo 100/año) |  |  |
| Medición de la situación funcional ingreso y alta *(% sobre el total de ingresos)* |  |  |
| Informes de enfermería al alta *(% sobre el total de ingresos)* |  |  |
| 10 GDRs más frecuentes |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

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

|  |
| --- |
| 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 Geriatría en los dos últimos años respecto al total, y medidas adoptadas. *(indicar porcentaje)* |       |       |
| Medidas adoptadas:       |
| Otros:       |

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

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

Fdo: