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