|  |
| --- |
| FORMULARIO ESPECÍFICO DE ACREDITACIÓN Y RE-ACREDITACIÓN DE  DISPOSITIVOS HOSPITALARIOS DE UDM DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA |

**[Programa Formativo](http://www.mspsi.gob.es/profesionales/formacion/docs/obstetricoGinecologico.pdf)** [**Requisitos acreditación**](http://www.mspsi.gob.es/profesionales/formacion/docs/AcreditacionDocente/RequisitoUDMOG.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 | Capacidad docente (turnos/año) | | Enfermería Obstétrico-Ginecológica (Matrón/a) |  |  | | Medicina Obstetricia y Ginecología |  |  |   3. RESPONSABLE / COORDINADOR DE LA DOCENCIA en este dispositivo: *(Nombre, Apellidos y Especialidad)* | | | Don/Doña:  Don/Doña:  Don/Doña: | Especialidad:  Especialidad:  Especialidad: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4. COBERTURA POBLACIONAL: | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | |
| |  |  | | --- | --- | | 5. RECURSOS HUMANOS: | Indicar número de profesionales | | Especialistas en Enfermería Obstétrico-Ginecológica (Matrón/a) |  | | Especialistas en Obstetricia y Ginecología |  | | Otros profesionales: |  | | Enfermeros/as de Cuidados Generales |  | | Otros *(indicar)*: |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 6. ÁREAS ASISTENCIALES | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Embarazo, parto y puerperio normal | | | | | | | | | | | | | | | | | SÍ  NO | | | | | |
| Embarazo, parto y puerperio patológico | | | | | | | | | | | | | | | | | SÍ  NO | | | | | |
| Diagnóstico prenatal | | | | | | | | | | | | | | | | | SÍ  NO | | | | | |
| Contracepción | | | | | | | | | | | | | | | | | SÍ  NO | | | | | |
| Mama y su patología | | | | | | | | | | | | | | | | | SÍ  NO | | | | | |
| Reproducción y endocrinología ginecológica | | | | | | | | | | | | | | | | | SÍ  NO | | | | | |
| Suelo pélvico | | | | | | | | | | | | | | | | | SÍ  NO | | | | | |
| Menopausia | | | | | | | | | | | | | | | | | SÍ  NO | | | | | |
| Neonatología | | | | | | | | | | | | | | | | | SÍ  NO | | | | | |
| Ginecología general *(específico para la formación de especialistas en Obstetricia y Ginecología)* | | | | | | | | | | | | | | | | | SÍ  NO | | | | | |
| Ginecología oncológica *(específico para la formación de especialistas en Obstetricia y Ginecología)* | | | | | | | | | | | | | | | | | SÍ  NO | | | | | |
| 7. ÁREA FÍSICA: | | | | | | | | | | | | | | | | | Indicar número | | | | | |
| Consultas externas: | Sesiones / semana consulta Gestación de riesgo | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | |
| Sesiones / semana consulta Ginecología oncológica | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | |
| Sesiones / semana consulta Endocrinología ginecológica y reproducción | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | |
| Sesiones / semana consulta Contracepción | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | |
| Sesiones / semana consulta Patología mamaria | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | |
| Sesiones / semana consulta Ginecología general | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | |
| Sesiones / semana consulta Suelo pélvico | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | |
| Sesiones / semana consulta Menopausia | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | |
| Hospitalización: | Camas de obstetricia | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | |
| Salas de preparto | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | |
| Salas de parto | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | |
| Salas integradas (preparto y parto) | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | |
| Camas de ginecología | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | |
| Quirófanos: | Quirófanos de urgencia obstétrica | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | |
| Quirófanos de ginecología | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | |
| Sesiones/semana quirófano | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | |
| Urgencias obstétrico ginecológicas | | | | | | | | | | | | | | | | | SÍ  NO | | | | | |
| Unidad de fisiopatología fetal | | | | | | | | | | | | | | | | | SÍ  NO | | | | | |
| Unidad de neonatos | | | | | | | | | | | | | | | | | SÍ  NO | | | | | |
| Cuidados intermedios neonatales | | | | | | | | | | | | | | | | | SÍ  NO | | | | | |
| UVI neonatal | | | | | | | | | | | | | | | | | SÍ  NO | | | | | |
| Aulas de desarrollo de habilidades | | | | | | | | | | | | | | | | | SÍ  NO | | | | | |
| Aulas: Sala Reuniones  SÍ  NO  Núm*.:*       SÍ  NO  Núm*:* | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Otros recursos del área física *(indicar):* | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Biblioteca: | | | | Fuentes documentales en soporte papel | | | | | | | | | | | | | SÍ  NO | | | | | |
| Acceso a base de datos | | | | | | | | | | | | | SÍ  NO | | | | | |
| Acceso a texto completo de revistas nacionales e internacionales de interés | | | | | | | | | | | | | SÍ  NO | | | | | |
| 8. RECURSOS MATERIALES: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Archivo de Historias Clínicas | | | | | | | | | | | | | | | | | | SÍ  NO | | | | |
| Registro informatizado de casos y actividad asistencial | | | | | | | | | | | | | | | | | | SÍ  NO | | | | |
| Disponibilidad de medios audiovisuales | | | | | | | | | | | | | | | | | | SÍ  NO | | | | |
| Material de simulación | | | | | | | | | | | | | | | | | | SÍ  NO | | | | |
| Otros recursos materiales *(indicar):* | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 9. PROGRAMAS / ACTIVIDADES REGLADAS ASISTENCIALES: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Protocolos o guías de actuación | | | | | | | | | | | | | | | | | | SÍ  NO | | | | |
| Otros programas *(indicar):* | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 10. INDICADORES DE ACTIVIDAD ASISTENCIAL durante los dos últimos años, relativos a la población de referencia | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| OBSTETRICIA | | | | | | | | | | | | | | | | | | Año | | | | Año |
| Gestación  de riesgo | | Número de primeras consultas | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | |  |
| Número de consultas sucesivas | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | |  |
| Número de sesiones/semanales | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | |  |
| Ecografías | | Número de ecografías de 1er  trimestre | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | |  |
| Número de ecografías de 2º trimestre | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | |  |
| Número de ecografías cribado malformaciones fetales | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | |  |
| Número de ecografías de 3er trimestre | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | |  |
| Número de técnicas invasivas de diagnóstico prenatal | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | |  |
| Número de PARTOS/AÑO: | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | |  |
| Indicar % | | | | Indicar % |
| Partos eutócicos | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | |  |
| Partos de baja intervención (parto natural) | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | |  |
| Partos múltiples | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | |  |
| Cesáreas | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | |  |
| Partos Instrumentales | | | Con fórceps | | | | | | | | | | | | | | |  | | | |  |
| Con espátula | | | | | | | | | | | | | | |  | | | |  |
| Con ventosa | | | | | | | | | | | | | | |  | | | |  |
| GINECOLOGÍA *(específicos para la formación de especialistas en Obstetricia y Ginecología)* | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Consultas de Ginecología  *(últimos dos años)* | | | | | | Nº primeras consultas | | | | Nº consultas sucesivas | | | | | Nº sesiones / semana | | | | | | | |
| Año | Año | | | Año | | Año | | | Año | | | | | | Año | |
| Ginecología oncológica | | | | | |  |  | | |  | |  | | |  | | | | | |  | |
| Endocrinología ginecológica y reproducción | | | | | |  |  | | |  | |  | | |  | | | | | |  | |
| Contracepción | | | | | |  |  | | |  | |  | | |  | | | | | |  | |
| Patología mamaria | | | | | |  |  | | |  | |  | | |  | | | | | |  | |
| Ginecología general | | | | | |  |  | | |  | |  | | |  | | | | | |  | |
| Suelo pélvico | | | | | |  |  | | |  | |  | | |  | | | | | |  | |
| Menopausia | | | | | |  |  | | |  | |  | | |  | | | | | |  | |
| Histeroscopias | | | | | |  | | | | | | | | | Año | | | | | | Año | |
| Histeroscopias diagnósticas | | | | | | | | |  | | | | | |  | |
| Histeroscopias terapéuticas | | | | | | | | |  | | | | | |  | |
| Nº de ingresos/año | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | |  | |
| Nº de sesiones / quirófano / semanales | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | |  | |
| Tipo de intervenciones QUIRÚRGICAS | | | | | | | | Año | | | | | Año | | | | | | | | | |
| Núm. | | | % CMA | | Núm. | | | | | | % CMA | | | |
| Histerectomías vaginales | | | | | | | |  | | |  | |  | | | | | |  | | | |
| Histerectomías abdominales | | | | | | | |  | | |  | |  | | | | | |  | | | |
| Corrección de la incontinencia urinaria | | | | | | | |  | | |  | |  | | | | | |  | | | |
| Cáncer de ovario | | | | | | | |  | | |  | |  | | | | | |  | | | |
| Cáncer de endometrio | | | | | | | |  | | |  | |  | | | | | |  | | | |
| Cáncer de mama | | | | | | | |  | | |  | |  | | | | | |  | | | |
| Cáncer de cuello uterino | | | | | | | |  | | |  | |  | | | | | |  | | | |
| Técnicas quirúrgicas de contracepción | | | | | | | |  | | |  | |  | | | | | |  | | | |
| Planes de Cuidados estandarizados de Enfermería | | | | | | | | | | | | | | | SÍ  NO | | | | | | | |
| 11. SESIONES CLÍNICAS: *(En caso de señalarse afirmativamente, debe aportarse Calendario en documentación adjunta)* | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Sesiones clínicas conjuntas | | | | | | | | | | | | | | | | SÍ  NO | | | | | | |
| Sesiones clínicas específicas | | | | | Especialistas en Enfermería Obstétrico-Ginecológica (Matrón/a) | | | | | | | | | | | SÍ  NO | | | | | | |
| Especialistas en Obstetricia y Ginecología | | | | | | | | | | | SÍ  NO | | | | | | |
| 12. ACTIVIDAD DOCENTE E INVESTIGADORA de todos los profesionales (durante los dos últimos años): | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Formación continuada (\*) | | | | | | | | | | | | | | | | SÍ  NO | | | | | | |
| Ponencias y comunicaciones presentadas (\*) | | | | | | | | | | | | | | | | SÍ  NO | | | | | | |
| Proyectos de investigación (\*) | | | | | | | | | | | | | | | | SÍ  NO | | | | | | |
| Publicaciones (\*) | | | | | | | | | | | | | | | | SÍ  NO | | | | | | |
| Otros (\*) *(Seminarios, Conferencias, elaboración de Protocolos, etc.)* | | | | | | | | | | | | | | | | SÍ  NO | | | | | | |
| 13. INDICADORES DE CALIDAD (durante los dos últimos años): | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| OBSTÉTRICOS: | | | | | | | | | | | | | | | | Año | | | | Año | | |
| Estancia media | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | |  | | |
| Tasa de mortalidad perinatal precoz de recién nacido > 500 gr. | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | |  | | |
| Tasa de mortalidad materna | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | |  | | |
| Índice de infección nosocomial puerperal | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | |  | | |
| Porcentaje de reingreso por complicaciones de causa obstétrica | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | |  | | |
| Modos de inicio del trabajo de parto: | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | |  | | |
| Porcentaje de parto espontáneo | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | |  | | |
| Porcentaje de parto inducido | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | |  | | |
| Porcentaje de episiotomías | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | |  | | |
| Porcentaje de desgarros de tercer y cuarto grado | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | |  | | |
| Causas de cesáreas: *(indicar porcentaje de cada una de ellas)* | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | |  | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | |  | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | |  | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | |  | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | |  | | |
| Causas de partos instrumentales: *(indicar porcentaje de cada uno de ellos)* | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | |  | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | |  | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | |  | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | |  | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | |  | | |
| Porcentaje de inducción de madurez pulmonar en la amenaza de parto pretérmino | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | |  | | |
| Porcentaje de profilaxis antibiótica en rotura prematura de membrana en gestación pretérmino | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | |  | | |
| Porcentaje de control de bienestar fetal seriado en gestantes con diagnóstico de crecimiento intrauterino retrasado – CIR | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | |  | | |
| Grupos Diagnósticos Relacionados (GDRs)(\*\*) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| GINECOLÓGICOS: | | | | | | | | | | | | | | | | Año | | | | Año | | |
| Estancia media | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | |  | | |
| Porcentaje de infección nosocomial | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | |  | | |
| Porcentaje de estudio preoperatorio | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | |  | | |
| Porcentaje de reingresos por complicaciones de causa ginecológica | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | |  | | |
| Porcentaje de realización de consentimiento informado en técnicas invasivas | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | |  | | |
| Porcentaje de realización de estudio de extensión en cirugía neoplásica | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | |  | | |
| Porcentaje de cirugía conservadora en la neoplasia mamaria | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | |  | | |
| Porcentaje de pauta de analgesia postquirúrgica | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | |  | | |
| Grupos Diagnósticos Relacionados (GDRs)(\*\*) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| QUEJAS Y RECLAMACIONES: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Quejas y reclamaciones recibidas en la Unidad asistencial de Obstetricia y Ginecología respecto al total del Centro *(indicar porcentaje),* en los dos últimos años, y medidas adoptadas. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | Año | | | | Año | | |
| Quejas y reclamaciones recibidas *(indicar porcentaje)* | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | |  | | |
| Medidas adoptadas: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

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

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

Fdo:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(\*) *En caso de señalarse afirmativamente, debe aportarse en documentación adjunta.*

(\*\*) *Adjuntar los 20 GDRs más frecuentes**de los dos últimos años.*