|  |
| --- |
| FORMULARIO ESPECÍFICO DE ACREDITACIÓN Y RE-ACREDITACIÓN DE UNIDADES DOCENTES MULTRIPROFESIONALES DE PEDIATRÍA  DISPOSITIVOS ATENCIÓN PRIMARIA  (Centros de Salud)  *Cumplimentar un formulario por cada uno de los Dispositivos de Atención Primaria relacionados en la Tabla Resumen de UDM de Pediatría* |

[Programa Formativo](http://www.mspsi.gob.es/profesionales/formacion/docs/Pediatrianuevo.pdf)

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. DENOMINACIÓN DEL CENTRO DE SALUD: | | | | | |
| 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) | | Pediatría y sus Áreas Específicas |  |  | | Enfermería Pediátrica |  |  |   3. RESPONSABLE / COLABORADOR DOCENTE en este dispositivo: *(Nombre, Apellidos y Especialidad)* | | | Don/Doña: | Especialidad: | | Don/Doña: | Especialidad: | | Don/Doña: | Especialidad: | | | | | | |
| 4. COBERTURA POBLACIONAL: | | Indicar número | | | |
| Población infantil de referencia/médico pediatra | |  | | | |
| Población infantil de referencia/enfermera pediátrica | |  | | | |
| |  |  | | --- | --- | | 5. RECURSOS HUMANOS: | Indicar número de profesionales | | Especialistas en Pediatría y sus Áreas Específicas *(al menos 1)* |  | | Especialistas en Enfermería Pediátrica *(al menos 1)* |  | | Enfermeros/as de Cuidados Generales |  | | | | | | |
| 6. ÁREA FÍSICA: | | | Indicar número | |
| N.º de Consultas de Pediatría | | |  | |
| N.º de Consultas de Enfermería Pediátrica | | |  | |
| Disponibilidad de acceso a sala para sesiones de educación para la Salud, reuniones, sesiones clínicas, etc.  Aulas: Sala Reuniones:  SÍ  NO  Núm*.:*       SÍ  NO  N.º | | | | | |
| Otros recursos del área física *(indicar):* | | | | | |
| 7. RECURSOS MATERIALES: | | | | | |
| Archivo de Historias Clínicas | | | SÍ  NO | | | |
| Registro informatizado de casos y actividad asistencial | | | SÍ  NO | | | |
| Informatización de los Planes de Cuidados de Enfermería | | | SÍ  NO | | | |
| Sistema de registro de vacunaciones | | | SÍ  NO | | | |
| Registro del proceso enfermero en la Historia Clínica | | | SÍ  NO | | | |
| Sistema de registro de problemas crónicos | | | SÍ  NO | | | |
| Disponibilidad de acceso a medios audiovisuales | | | SÍ  NO | | | |
| Otros recursos materiales *(indicar):* | | | | | | | | |
| 8. INDICADORES DE ACTIVIDAD ASISTENCIAL durante los dos últimos años, relativos a la población de referencia | | | | | | | | |
|  | | | Año | Año | | | | |
| Promedio diario de consultas realizadas/médico pediatra *(mínimo 20, máximo 40)* | | |  |  | | | | |
| Porcentaje de atención a demanda | | |  |  | | | | |
| Porcentaje de atención programada *(mayor o igual a 15%)* | | |  |  | | | | |
| Promedio diario de consultas realizadas/enfermeras pediátricas *(mínimo 10, máximo 30)* | | |  |  | | | | |
| Porcentaje de atención a demanda | | |  |  | | | | |
| Porcentaje de atención programada *(mayor o igual a 40%)* | | |  |  | | | | |
| Promedio diario de Urgencias Pediátricas atendidas en el centro | | |  |  | | | | |
|  | | | | | | | | |
| Atención a la Infancia y a la Adolescencia *(0< 14 años)* | | | SÍ  NO | | | | |
| Vacunaciones | | | SÍ  NO | | | | |
| Programas de salud infantil | | | SÍ  NO | | | | |
| Atención a la patología aguda y crónica *(especificar)* | | |  | | | | |
| Actividades de promoción y educación para la salud del niño | | | SÍ  NO | | | | |
| Coordinación con la atención a la salud mental del niño | | | SÍ  NO | | | | |
| Salud escolar, que incluya intervenciones grupales | | | SÍ  NO | | | | |
| Otros *(especificar)* | | | SÍ  NO | | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| Otras actividades: | SÍ  NO |
| Promoción de lactancia materna | SÍ  NO |
| Programa de acogida de población inmigrante | SÍ  NO |
| Actividades formativas para padres | SÍ  NO |
| Posibilidad de colaboración con Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil | SÍ  NO |
| Coordinación con los servicios Sociales del Área de Salud |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Programas de coordinación con Atención Hospitalaria : | | | SÍ  NO | |
| Cuidados paliativos | | | SÍ  NO | |
| Atención en el domicilio | | | SÍ  NO | |
| Programas establecidos por las CCAA para el niño/adolescente: | | | SÍ  NO | |
| Escuelas infantiles | | | SÍ  NO | |
| Centros de Educación Primaria | | | SÍ  NO | |
| Centros de Educación Secundaria | | | SÍ  NO | |
| Centros de educación Especial | | | SÍ  NO | |
| Otros programas *(indicar):* | | | | |
| 1. ACTIVIDAD DOCENTE E INVESTIGADORA referida a Pediatría, de todos los profesionales.   *(Debe aportarse Planificación del año anterior y del año en curso: N.º y periodicidad, en documentación adjunta)* | | | | |
| Sesiones clínicas conjuntas *(mínimo sesión conjunta al 1 mes)* | | SÍ  NO | | |
| Sesiones clínicas específicas | Especialistas en Pediatría y sus Áreas Específicas | SÍ  NO | | |
| Especialistas en Enfermería Pediátrica | SÍ  NO | | |
| Actividades de formación continuada en Pediatría del Centro o Área de Salud del último año *(especificar):* | | SÍ  NO | | |
| 10. INDICADORES DE CALIDAD (durante los dos últimos años): | | | | |
|  | | Año | | Año |
| Tasa de exclusividad de lactancia materna los 4 primeros meses | |  | |  |
| Programas para el desarrollo precoz del vínculo afectivo | |  | |  |
| Seguimiento de detección precoz de trastornos del desarrollo psicomotor | |  | |  |
| Comprobación del cribaje neonatal de metabolopatías | |  | |  |
| Introducción correcta de la alimentación complementaria en el lactante | |  | |  |
| Cobertura vacunal en el niño/adolescente | |  | |  |
| Programas dirigidos al adolescente para prevenir los trastornos alimentarios, consumo de drogas, conflictos y violencia y promoción de la salud afectivo-sexual | |  | |  |
| Programa de salud escolar | |  | |  |
| Programa de Atención y acogida al niño y familia inmigrante | |  | |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| QUEJAS Y RECLAMACIONES: | | |
| Quejas y reclamaciones recibidas en relación a los Programas de Atención al Niño y Adolescente sano sobre el total del Centro de Salud (%) en los dos últimos años, y medidas adoptadas: | | |
|  | Año | Año |
| Quejas y reclamaciones recibidas *(indicar porcentaje)* |  |  |
| Medidas adoptadas *(indicar)*: | | |
| Otros: | | |

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

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

Fdo: