

FORMULARIO ESPECÍFICO DE ACREDITACIÓN Y RE-ACREDITACIÓN DE UNIDADES DOCENTES MULTIPROFESIONALES DE PEDIATRÍA

DISPOSITIVO HOSPITALARIO

Cumplimentar un formulario por cada uno de los Dispositivos Hospitalarios relacionados en la Tabla Resumen de UDM de Pediatría

[Programa Formativo](#)

1. DENOMINACIÓN DEL DISPOSITIVO HOSPITALARIO:		
Localidad:	Provincia:	
Adscrito a: <i>(Indicar denominación de la Unidad Docente)</i>		
Entidad titular del dispositivo:		
¿El Dispositivo Hospitalario lleva un tiempo mínimo de funcionamiento de 2 años?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Si es que no indicar el porqué	
2. CAPACIDAD DOCENTE DEL DISPOSITIVO:		
Especialidad	Duración estancia formativa <i>(La duración de la estancia formativa es la establecida en la Guía o Itinerario Formativo tipo)</i>	Capacidad docente (turnos/año)
Pediatría y sus Áreas específicas		
Enfermería Pediátrica		
3. RESPONSABLE / COLABORADOR DOCENTE en este dispositivo: <i>(Nombre, Apellidos y Especialidad)</i>		
Don/Doña:	Especialidad:	
Don/Doña:	Especialidad:	
Don/Doña:	Especialidad:	
4. COBERTURA POBLACIONAL:		



5. RECURSOS HUMANOS:	Indicar número de profesionales
Especialistas en Pediatría y sus Áreas específicas (mínimo 10)	
Especialistas en Enfermería Pediátrica (mínimo 1/turno)	
Enfermeros/as de Cuidados Generales (mínimo 10)	
Otros profesionales:	
Maestros/as	
Trabajadores/as Sociales	
Fisioterapeutas	
Animadores/as Sociales	
Otros (indicar):	
6. ÁREAS ASISTENCIALES	
Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales y Pediátricos	SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Unidad de Urgencias Pediátricas 24 horas	SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Unidades de Pediatría:	
Lactantes	SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Preescolares	SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Escolares	SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Cirugía pediátrica/infantil	SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Áreas asistenciales imprescindibles:	SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Cardiología pediátrica	SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Gastroenterología pediátrica	SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Neumología pediátrica	SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Neuropediatría	SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Endocrinología y crecimiento	SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Nefrología pediátrica	SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Oncología pediátrica	SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Salud Mental Infanto-Juvenil	SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Áreas asistenciales opcionales:	
Inmunoalergología	SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Genética y dismorfología	SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Infectología	SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Otras: indicar	
7. ÁREA FÍSICA:	
Indicar número	
N.º total de camas/cunas, (mínimo 25 no incluye camas de neonatología ni cuidados intensivos neonatales ni pediátricos, ni camas de observación).	
N.º camas de la Unidad de urgencias pediátricas	
N.º camas de Hospital de día pediátrico: SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
N.º camas Unidad de estancia breve: SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
N.º de cunas en cuidados intensivos neonatales y pediátricos: (Cuando esté disponible en el dispositivo, requerirá un mínimo 6 camas/cunas para el cumplimiento de los objetivos de los programas formativos)	

N.º de cunas en unidad de Neonatología: <i>(Cuando esté disponible en el dispositivo, requerirá un mínimo de 10 cunas para el cumplimiento de los objetivos de los programas formativos)</i>		
Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil	Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
Escuela Hospitalaria	Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
Unidad de Lactancia	Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
Banco de Leche Materna	Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
Cocina dietética Pediátrica	Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
Espacios para aislamiento de Infecciones contagio oral-fecal y aéreo, Inmunodeprimidos, problemas psicosociales, etc. <i>(Indicar)</i>	Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
N.º de consultas externas		
Otros recursos del área física <i>(indicar)</i> :		
8. RECURSOS MATERIALES:		
Archivo de Historias Clínicas	Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
Registro informatizado de casos y actividad asistencial	Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
Registro del proceso enfermero en la Historia Clínica	Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
Disponibilidad de acceso medios audiovisuales	Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
Disponibilidad de acceso aulas o salas de reuniones	Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
Disponibilidad de acceso a otros recursos docentes: salas y material de demostración, simulación, etc.	Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
Otros recursos materiales <i>(indicar)</i> :		
9. INDICADORES DE ACTIVIDAD ASISTENCIAL de los dos últimos años, relativos a la población de referencia		
* Adjuntar los 10 GDRs pediátricos más frecuentes de cada área en Anexo		
* Adjuntar de las Áreas asistenciales imprescindibles u opcionales el n.º de ingresos en Anexo		
	Año	Año
N.º total de ingresos/año <i>(mínimo 1000 ingresos/año)</i>		
N.º de ingresos/año en Unidad cuidados intensivos neonatales <i>(si está disponible)</i>		
N.º de ingresos/año en Unidad de cuidados intensivos pediátricos <i>(si está disponible)</i>		
N.º de recién nacidos ingresados/año en la unidad neonatal <i>(si está disponible): mínimo 1.000 partos / año</i>		
N.º de Urgencias pediátricas/día		
N.º sesiones consulta área asistencial/semana		
N.º de primeras consultas <i>(mínimo 1.000/año)</i>		
N.º de consultas sucesivas <i>(mínimo 3.000/ año)</i>		
Consulta externa con agenda específica para enfermería pediátrica: Indicar	Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
Planes de Cuidados Pediátricos realizados	Año	Año
Valoraciones de necesidades de cuidados: indicar % sobre el total de ingresos		
Informes de enfermería al alta: indicar % sobre el total de ingresos		

Informes de Continuidad de Cuidados al alta: indicar % sobre el total de de pacientes ingresados con criterios de fragilidad/vulnerabilidad que requieran atención domiciliaria		
---	--	--

10. ACTIVIDAD DOCENTE E INVESTIGADORA de todos los profesionales (durante los dos últimos años):

SESIONES CLÍNICAS: (* En caso de señalarse afirmativamente, debe aportarse Calendario en documentación adjunta con la planificación del año anterior y la del año en curso: N.º y periodicidad).

Mínimo 4 sesiones/mes de cada especialidad, de las cuales al menos 1 será conjunta entre ambas especialidades

Sesiones clínicas conjuntas (mínimo sesión conjunta al 1 mes)	SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Sesiones clínicas específicas	Especialistas en Pediatría y sus Áreas Específicas SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
	Especialistas en Enfermería Pediátrica SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Seminarios del último año	N.º Periodicidad
Sesiones bibliográficas del último año	N.º Periodicidad
Actividades de formación continuada en el dispositivo durante el último año: <i>especificar en documento adjunto</i>	SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Otros: (Seminarios, Conferencias, elaboración de Protocolos, etc.)	SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>

11. INDICADORES DE CALIDAD (durante los dos últimos años):

	Año	Año
Estancia media de pediatría		
Estancia media en neonatología, <i>si está disponible</i>		
Estancia media en cuidados intensivos neonatales y pediátricos, <i>si está disponible</i>		
Índice de ocupación (%)		
Tasa de mortalidad Perinatal		
Tasa de mortalidad Neonatal		
Tasa de mortalidad Pediátrica		
Porcentaje de reingresos en menos de 30 días		
Tasa de infecciones nosocomiales		
N.º de efectos adversos producidos. (Indicar % sobre n.º de ingresos)		

QUEJAS Y RECLAMACIONES:

Quejas y reclamaciones recibidas en la Unidad asistencial de Pediatría en los dos últimos años respecto al total, y medidas adoptadas.

	Año	Año
Quejas y reclamaciones recibidas (<i>indicar porcentaje</i>)		
Medidas adoptadas:		
Otros:		

Los datos de este formulario han sido recogidos en fecha _____ de (elegir mes) _____ de 20_____

(Entidad titular del dispositivo)

Fdo.:



ANEXO ACTIVIDAD DE LAS ÁREAS ASISTENCIALES

Cardiología pediátrica		Año	Año
Ingresos cardiología pediátrica			
10 GDRs más frecuentes en el centro			
N.º	Denominación		
N.º sesiones consulta/semana			
N.º de primeras consultas			
N.º de consultas sucesivas			
Gastroenterología pediátrica		Año	Año
Ingresos gastroenterología pediátrica			
10 GDRs más frecuentes en el centro			
N.º	Denominación		
N.º sesiones consulta/semana			
N.º de primeras consultas			
N.º de consultas sucesivas			
Neumología pediátrica		Año	Año
Ingresos neumología pediátrica			
10 GDRs más frecuentes en el centro			
N.º	Denominación		
N.º sesiones consulta/semana			



N.º de primeras consultas			
N.º de consultas sucesivas			
Neuropediatría		Año	Año
Ingresos neuropediatría			
10 GDRs más frecuentes en el centro			
N.º	Denominación		
N.º sesiones consulta/semana			
N.º de primeras consultas			
N.º de consultas sucesivas			
Endocrinología y crecimiento		Año	Año
Ingresos endocrinología y crecimiento			
10 GDRs más frecuentes en el centro			
N.º	Denominación		
N.º sesiones consulta/semana			
N.º de primeras consultas			
N.º de consultas sucesivas			
Nefrología Pediátrica		Año	Año
Ingresos nefrología pediátrica			
10 GDRs más frecuentes en el centro			
N.º	Denominación		
N.º sesiones consulta/semana			



N.º de primeras consultas			
N.º de consultas sucesivas			
Oncología pediátrica		Año	Año
Ingresos oncología pediátrica			
10 GDRs más frecuentes en el centro			
N.º	Denominación		
N.º sesiones consulta/semana			
N.º de primeras consultas			
N.º de consultas sucesivas			
Salud Mental Infanto-Juvenil		Año	Año
Ingresos Salud Mental Infanto-Juvenil			
10 GDRs más frecuentes en el centro			
N.º	Denominación		
N.º sesiones consulta/semana			
N.º de primeras consultas			
N.º de consultas sucesivas			
Neonatología		Año	Año
Ingresos Neonatología			
10 GDRs más frecuentes en el centro			
N.º	Denominación		



Cuidados Intensivos Neonatales		Año	Año
Ingresos cuidados intensivos neonatales			
10 GDRs más frecuentes en el centro			
N.º	Denominación		
Genética y dismorfología		Año	Año
10 GDRs más frecuentes en el centro			
N.º	Denominación		
N.º sesiones consulta/semana			
N.º de primeras consultas			
N.º de consultas sucesivas			
Infectología		Año	Año
Ingresos en infectología			
10 GDRs más frecuentes en el centro			
N.º	Denominación		
N.º sesiones consulta/semana			
N.º de primeras consultas			
N.º de consultas sucesivas			



Otras: (indicar)		Año	Año
Ingresos en			
10 GDRs más frecuentes en el centro			
N.º	Denominación		
N.º sesiones consulta/semana			
N.º de primeras consultas			
N.º de consultas sucesivas			