1. DATOS DE FILIACIÓN

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Denominación del Dispositivo Docente a asociar** | |  | | | |
| **Entidad titular del Dispositivo Docente** | |  | | | |
| **Localidad** |  | | **Provincia** |  | |
| **¿Aporta Acuerdo/Convenio de colaboración entre las Entidades Titulares del Dispositivo y la UD solicitante?** | | | | |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Duración de la estancia formativa en el Dispositivo Docente a asociar** |  |
| **¿Cuántos turnos de rotación/año se establecen?** |  |
| **¿El Dispositivo Docente a asociar pertenece a una Unidad Docente acreditada?** |  |
| **En caso afirmativo indique la denominación de la Unidad y su capacidad docente (residentes/año):** | |
|  | |

|  |  |
| --- | --- |
| **El Dispositivo Docente a asociar ¿es compartido con otras Unidades Docentes acreditadas?** |  |
| **En caso afirmativo, indique la denominación e información de las Unidades Docentes que comparten el Dispositivo a asociar (Duración de la estancia formativa y turnos de rotación/año establecidos)** | |
|  | |

**Responsables o colaboradores docentes en el Dispositivo Docente a asociar**

|  |  |
| --- | --- |
| **Dº/Dª Especialidad** | |
|  |  |

2. POBLACIÓN DE REFERENCIA DEL DISPOSITIVO A ASOCIAR

|  |  |
| --- | --- |
| **Cobertura poblacional** |  |
| **Descripción epidemiológica de la población asignada** | |
|  | |

3. RECURSOS HUMANOS DEL DISPOSITIVO A ASOCIAR

**Indicar RRHH del dispositivo: facultativos, enfermería y otros**

|  |  |
| --- | --- |
| **Categoría/Especialidad** | **Número** |
|  |  |
| **Organización jerárquica del dispositivo** | |
|  | |

4. ÁREA FÍSICA DEL DISPOSITIVO DOCENTE A ASOCIAR

**Recursos físicos del dispositivo**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **N.º Camas** | **N.º Quirófanos** | **N.º Consultas** | **Hospital de Día** | **Aula** | **Sala de Reuniones** |
|  |  |  |  |  |  |
| **Otros recursos del Área física** | | | | | |
|  | | | | | |

5. RECURSOS MATERIALES

|  |  |
| --- | --- |
| **Recursos Materiales** | ¿El sistema de archivo de Historias Clínicas está informatizado?  ¿La Historia Clínica incluye el proceso enfermero?  Disponibilidad de medios audiovisuales |
| **Otros Recursos Materiales** | |
|  | |

6. ACTIVIDAD DOCENTE E INVESTIGADORA

**Actividad Docente e Investigadora del Dispositivo**



Marque en el caso de aportar un documento adicional adjunto con la memoria científica

7. ACTIVIDAD ASISTENCIAL

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Año** |  | **Año** |  |
| **N.º Ingresos de la Unidad** |  | **N.º Ingresos de la Unidad** |  |
| **N.º Sesiones quirófano/semanales** |  | **N.º Sesiones quirófano/semanales** |  |
| **N.º Total de intervenciones quirúrgicas de la Unidad** |  | **N.º Total de intervenciones quirúrgicas de la Unidad** |  |
| **Porcentaje de intervenciones con CMA** |  | **Porcentaje de intervenciones con CMA** |  |
| **N.º Sesiones de consulta/semana** |  | **N.º Sesiones de consulta/semana** |  |
| **N.º Total de primeras consultas de la Unidad** |  | **N.º Total de primeras consultas de la Unidad** |  |
| **N.º Total de consultas sucesivas de la Unidad** |  | **N.º Total de consultas sucesivas de la Unidad** |  |
| **N.º Interconsultas** |  | **N.º Interconsultas** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Existen Consultas Monográficas** |  |
| **En caso de que existan consultas monográficas indicar qué tipo de consulta y el total de primeras consultas y consultas sucesivas de los últimos dos años** | |

|  |  |
| --- | --- |
| **Guardias propias del Dispositivo** |  |
| **Media anual de las urgencias/día de la Unidad de los dos últimos años** | |
|  | |

**GDRs más frecuentes**



Marque en el caso de aportar un documento adicional adjunto con la memoria asistencial

8. INDICADORES DE CALIDAD

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Año** |  | **Año** |  |
| **Estancia Media** |  | **Estancia Media** |  |
| **Índice de ocupación** |  | **Índice de ocupación** |  |
| **Exitus** |  | **Exitus** |  |
| **Reingresos en menos de 30 días (%)** |  | **Reingresos en menos de 30 días (%)** |  |
| **Tasa de infecciones nosocomiales** |  | **Tasa de infecciones nosocomiales** |  |
| **Efectos adversos acontecidos en la Unidad** |  | **Efectos adversos acontecidos en la Unidad** |  |
| **Quejas y reclamaciones recibidas en la Unidad** |  | **Quejas y reclamaciones recibidas en la Unidad** |  |
| **Breve resumen de las medidas adoptadas para quejas y reclamaciones** | | | |
|  | | | |

9. OBJETIVOS DOCENTES DE LA ESTANCIA FORMATIVA EN EL DISPOSITIVO A ASOCIAR

**Objetivos de la estancia formativa**