1. DENOMINACIÓN DEL DISPOSITIVO HOSPITALARIO

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Denominación del Centro Hospitalario** | | |  | | |
| **Localidad** |  | | | **Provincia** |  |
| **Adscrito a:** | |  | | | |
| **Entidad titular del dispositivo** | |  | | | |

2. CAPACIDAD DOCENTE DEL DISPOSITIVO

**Duración estancia formativa (meses)**

|  |  |
| --- | --- |
| **Geriatría Enfermería Geriátrica** | |
|  |  |

**Capacidad docente (turnos/año)**

|  |  |
| --- | --- |
| **Geriatría Enfermería Geriátrica** | |
|  |  |

3. RESPONSABLE / COLABORADOR DOCENTE DEL DISPOSITIVO

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

4. COBERTURA POBLACIONAL

|  |  |
| --- | --- |
| **Cobertura poblacional** |  |

5. RECURSOS HUMANOS

|  |  |
| --- | --- |
| **Especialistas en Geriatría** |  |
| **Especialistas en Enfermería Geriátrica** |  |
| **Enfermeros/as de Cuidados Generales** |  |
| **Fisioterapeutas** |  |
| **Trabajadores/as Sociales** |  |
| **Terapeutas Ocupacionales** |  |
| **Otros** | |
|  | |

6. ÁREAS ASISTENCIALES

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Unidad hospitalaria de pacientes agudos** | SI | NO |
| **Unidad de media estancia/recuperación funcional** | SI | NO |
| **Hospital de Día** | SI | NO |
| **Interconsultas hospitalarias** | SI | NO |
| **Consultas externas/Equipos de valoración geriátrica** | SI | NO |

Otras unidades

|  |  |
| --- | --- |
| **Unidades de Psicogeriatría** | SI  NO |
| **Hospitalización a domicilio** | SI  NO |
| **Unidades de cuidados paliativos geriátricos** | SI  NO |

7. RECURSOS MATERIALES

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Archivo de Historias Clínicas** | SI | NO |
| **Registro informatizado de casos y actividad asistencial** | SI | NO |
| **Registro del proceso enfermero en la Historia Clínica** | SI | NO |
| **Disponibilidad de acceso a medios audiovisuales** | SI | NO |
| **Disponibilidad de aulas o salas de reuniones** | SI | NO |
| **Disponibilidad de acceso a otros recursos docentes: salas y material de demostración, simulación, etc** | SI | NO |
| **Otros recursos materiales:** | | |
|  | | |

8. PROGRAMAS / ACTIVIDADES REGLADAS ASISTENCIALES

|  |  |
| --- | --- |
| **Protocolos o guías de actuación** | SI  NO |
| **Detalle los protocolos o guías de actuación** | |
|  | |

9. AREA FÍSICA Y ACTIVIDAD ASISTENCIAL

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Año** |  | **Año** |  |
| **N.º camas en unidad hospitalaria de pacientes agudos** |  | **N.º camas en unidad hospitalaria de pacientes agudos** |  |
| **N.º total de ingresos/año en unidad hospitalaria de pacientes agudos** |  | **N.º total de ingresos/año en unidad hospitalaria de pacientes agudos** |  |
| **Medición de la situación funcional ingreso y alta en unidad hospitalaria de pacientes agudos** |  | **Medición de la situación funcional ingreso y alta en unidad hospitalaria de pacientes agudos** |  |
| **Informes de Enfermería al alta en unidad hospitalaria de pacientes agudos** |  | **Informes de Enfermería al alta en unidad hospitalaria de pacientes agudos** |  |
| **N.º camas en la unidad de media estancia/recuperación funcional** |  | **N.º camas en la unidad de media estancia/recuperación funcional** |  |
| **N.º pacientes/año en la unidad de media estancia/recuperación funcional** |  | **N.º pacientes/año en la unidad de media estancia/recuperación funcional** |  |
| **Medición de la situación funcional ingreso y alta en la unidad de media estancia/recuperación funcional** |  | **Medición de la situación funcional ingreso y alta en la unidad de media estancia/recuperación funcional** |  |
| **Informes de Enfermería al alta en la unidad de media estancia/recuperación funcional** |  | **Informes de Enfermería al alta en la unidad de media estancia/recuperación funcional** |  |
| **N.º interconsultas hospitalarias realizadas** |  | **N.º interconsultas hospitalarias realizadas** |  |

Consultas externas/Equipos de valoración Geriátrica

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Año** |  | **Año** | |  |
| **N.º sesiones/semana** |  | **N.º sesiones/semana** | |  |
| **N.º total de primeras consultas:** |  | **N.º total de primeras consultas:** | |  |
| **N.º total de consultas sucesivas** |  | **N.º total de consultas sucesivas** | |  |
| **Dispone de Consultas Externas Monográficas** | | | SI  NO | |

Consultas Externas Monográficas

**Detallar consultas monográficas**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Año** | **Consulta Monográfica** | **N.º sesiones/semana** | **N.º primeras consultas** | **N.º consultas sucesivas** |
|  |  |  |  |  |

Otras Unidades Hospitalarias

|  |
| --- |
| **Unidades de Psicogeriatría** |
|  |
| **Hospitalización a domicilio** |
|  |
| **Unidades de Cuidados Paliativos Geriátricos** |
|  |

10. ACTIVIDAD DOCENTE E INVESTIGADORA EN GERIATRÍA

|  |  |
| --- | --- |
| **Sesiones clínicas conjuntas** | SI  NO |
| **Sesiones clínicas específicas de Geriátrica** | SI  NO |
| **Sesiones clínicas específicas de Enfermería Geriatrica** | SI  NO |
| **N.º Sesiones bibliográficas del último año** |  |
| **N.º actividades de formación continuada durante el último año** |  |
| **Otros:** | |
|  | |
| He adjuntado a la solicitud la planificación de docencia del año anterior y del año en curso | |

11. INDICADORES DE CALIDAD

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Año** |  | **Año** |  |
| **Estancia media** |  | **Estancia media** |  |
| **Tasa de mortalidad** |  | **Tasa de mortalidad** |  |
| **Porcentaje de reingresos en menos de 30 días** |  | **Porcentaje de reingresos en menos de 30 días** |  |
| **Caídas (%)** |  | **Caídas (%)** |  |
| **Úlceras por presión (%)** |  | **Úlceras por presión (%)** |  |
| **Porcentaje de pacientes con pérdida funcional entre el ingreso y el alta < 15-20%** |  | **Porcentaje de pacientes con pérdida funcional entre el ingreso y el alta < 15-20%** |  |

Quejas y reclamaciones

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Año** |  | **Año** |  |
| **Quejas y reclamaciones recibidas (%)** |  | **Quejas y reclamaciones recibidas (%)** |  |
| **Medidas adoptadas** | | | |
|  | | | |
| **Otros** | | | |
|  | | | |

12. ANEXO: GERIATRÍA UNIDAD HOSPITALARIA DE PACIENTES AGUDOS

**10 GRDs más frecuentes en Unidad Hospitalaria de Pacientes Agudos**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Año** | **Código** | **Denominación** | **N.º casos** |
|  |  |  |  |

13. ANEXO: GERIATRÍA UNIDAD DE MEDIA ESTANCIA/RECUPERACIÓN FUNCIONAL

**10 GRDs más frecuentes en Unidad de media estancia/Recuperación funcional**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Año** | **Código** | **Denominación** | **N.º casos** |
|  |  |  |  |