**1. DATOS DE FILIACIÓN**

|  |  |
| --- | --- |
| **Denominación de la Unidad Docente** |  |
| **Localidad** |  | **Provincia** |  |
| **Entidad Titular** |  |
| **Comisión de Docencia** |  |
| **Capacidad docente acreditada** |  |
| **Capacidad docente solicitada** |  |
| **Número total de tutores de la especialidad** |  |

Tutores de la Unidad Docente

|  |
| --- |
| **Nombre y Apellidos Especialidad** |
|  |  |

**2. POBLACIÓN DE REFERENCIA DE LA UNIDAD DOCENTE**

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

**3. DISPOSITIVOS QUE COMPONEN LA UNIDAD DOCENTE**

Relación de dispositivos

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Denominación** | **Dirección** | **Teléfono de contacto** | **Titularidad propia** | **Titularidad ajena** |
|  |  |  |  |  |

**4. RECURSOS HUMANOS**

Especificar los recursos humanos pertenecientes a la Unidad Docente

|  |  |
| --- | --- |
| **Especialidad** | **Número** |
|  |  |
| **Otros recursos humanos:** |
|  |
| **Organización jerárquica** |
|  |

**5. ÁREA FÍSICA**

Recursos físicos

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nº Camas del Hospital** | **Nº Camas del Servicio** | **Nº Quirófanos** |  | **Nº Consultas** |
|  |  |  |  |
| **Hospital de Día** |  SI |  NO |
| **Acceso a Aulas** |  SI |  NO |
| **Acceso a Salas de Reuniones** |  SI |  NO |
| **Otros recursos del Área física** |
|  |

**6. RECURSOS MATERIALES**

|  |  |
| --- | --- |
| **Recursos Materiales** |  Fuentes documentales en soporte papel  Acceso a Internet Acceso a base de datos Acceso a revistas nacionales e internacionales de interés ¿El sistema de archivo de Historias Clínicas está informatizado?  ¿La Historia clínica incluye el proceso enfermero? Disponibilidad de medios audiovisuales |
| **Otros Recursos Materiales** |
|  |

**7. ACTIVIDAD DOCENTE E INVESTIGADORA**

|  |  |
| --- | --- |
| **Sesiones Clínicas** |  |
| **Sesiones Monográficas** |  |
| **Sesiones Bibliográficas** |  |
| **Otras sesiones** |
|  |

**Actividades de formación continuada (2 últimos años)**

Proyectos de investigación (5 últimos años)

**Ponencias y comunicaciones presentadas por los especialistas de la unidad en el ámbito nacional e internacional (2 últimos años)**

**Publicaciones (2 últimos años)**

Memoria científica

**8. ACTIVIDAD ASISTENCIAL**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Año** |  | **Año** |  |
| **N.º Total de ingresos** |  | **N.º Total de ingresos** |  |
| **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** |  |

Consultas Monográficas: Indicar denominación de la consulta, nº primeras consultas y nº consultas sucesivas de los últimos 2 años

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Denominación Consulta** | **Nº 1º consultas/año 1** | **Nº Consultas sucesivas/año 1** | **Nº 1º consultas/año 2** | **Nº Consultas sucesivas/año 2** |
|  |  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Guardias propias de la unidad** |  |
| **Nº Urgencias/año de la Unidad** |
|  |

GDRs más frecuentes: Indique número del GDR, descripción y número de casos de los 2 últimos años

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **GDR** | **Nº casos año 1** | **Nº casos año 2** |
|  |  |  |

En el caso de necesitar complementar la actividad asistencial para adaptarse a las características de su Unidad Docente y sus requisitos específicos

Memoria Asistencial

**9. INDICADORES DE CALIDAD**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Año** |  | **Año** |  |
| **Estancia Media (días)** |  | **Estancia Media (días)** |  |
| **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 sugerencias** |
|  |