**1. DATOS DEL CENTRO**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Denominación del Centro Hospitalario** | | |  | | | |
| **Localidad** |  | | | **Provincia** |  | |
| **Adscrito a:** | |  | | | | |
| **Entidad titular del dispositivo** | |  | | | | |
| **¿El dispositivo hospitalario lleva un tiempo mínimo de funcionamiento de 2 años?** | | | | | | SI  NO |
| **¿Existe un Director/Gerente y normas escritas de organización interna?** | | | | | | SI  NO |

**2. CAPACIDAD DOCENTE DEL DISPOSITIVO**

Duración estancia formativa (en meses)

|  |  |
| --- | --- |
| **Medicina Familiar y Comunitaria Enfermería Familiar y Comunitaria** | |
|  |  |

Capacidad docente (turnos/año)

|  |  |
| --- | --- |
| **Medicina Familiar y Comunitaria Enfermería Familiar y Comunitaria** | |
|  |  |

**3. RESPONSABLE / COLABORADOR DOCENTE DEL DISPOSITIVO**

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

**4. COBERTURA POBLACIONAL**

**Cobertura poblacional del Centro**

**5. RECURSOS HUMANOS**

|  |  |
| --- | --- |
| **Especialistas en Medicina Familiar y Comunitaria** |  |
| **Especialistas de Medicina Interna** |  |
| **Especialistas en Cirugía General y Aparato Digestivo** |  |
| **Especialistas en Dermatología** |  |
| **Especialistas en Cirugía Ortopédica y Traumatológica** |  |
| **Especialistas en Pediatría y sus Áreas Específicas** |  |
| **Especialistas en Otorrinolaringología** |  |
| **Especialistas en Oftalmología** |  |
| **Especialistas en Obstetricia y Ginecología** |  |
| **Especialistas en Endocrinología y Nutrición** |  |
| **Especialistas en Medicina Física y Rehabilitación** |  |
| **Especialistas en Reumatología** |  |
| **Especialistas en Geriatría** |  |
| **Especialistas en Psiquiatría** |  |
| **Especialistas en Psiquiatría Infantil y de la Adolescencia** |  |
| **Especialistas en Enfermería Familiar y Comunitaria** |  |
| **Especialistas en Enfermería Obstétrico-Ginecológica (Matrona)** |  |
| **Especialistas en Enfermería de Salud Mental** |  |
| **Especialistas en Enfermería Geriátrica** |  |
| **Especialistas en Enfermería Pediátrica** |  |
| **Profesionales médicos en el Área de Urgencias** |  |
| **Profesionales de enfermería en el Área de Urgencias** |  |
| **Otros profesionales** | |
|  | |

**6. ÁREA FÍSICA Y RECURSOS MATERIALES**

|  |  |
| --- | --- |
| **Aulas** | SI  NO |
| **Salas de reuniones** | SI  NO |
| **Otros recursos del área física** | |
|  | |

**Número de camas**

|  |  |
| --- | --- |
| **N.º total de camas** |  |
| **N.º camas en Medicina Interna** |  |
| **N.º camas en Pediatría** |  |
| **N.º camas en Obstetricia y Ginecología** |  |
| **N.º camas en Cirugía General y Aparato Digestivo** |  |
| **N.º camas en Cirugía Ortopédica y Traumatología** |  |
| **N.º camas en Oftalmología** |  |
| **N.º camas en Otorrinolaringología** |  |

N.º camas en otras áreas/servicios

|  |  |
| --- | --- |
| **Área/Servicio N.º camas** | |
|  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **N.º puestos/box de Urgencias** | |  |
| **Hospital de día** | SI  NO | |

**Número de quirófanos**

|  |  |
| --- | --- |
| **N.º total de quirófanos** |  |
| **N.º sesiones de quirófano/semana** |  |
| **N.º total de quirófanos de cirugía menor** |  |
| **N.º sesiones de quirófano/semana de cirugía menor** |  |

N.º de quirófanos en otras áreas/servicios

|  |  |
| --- | --- |
| **Área/Servicio N.º Quirófanos** | |
|  |  |

N.º de sesiones de quirófano/semana en otras áreas/servicios

|  |  |
| --- | --- |
| **Área/Servicio N.º de sesiones de quirófano/semana** | |
|  |  |

**Número de Consultas Externas**

|  |  |
| --- | --- |
| **N.º sesiones de consulta/semana de Medicina Interna** |  |
| **N.º sesiones de consulta/semana de Dermatología** |  |
| **N.º sesiones de consulta/semana de Pediatría** |  |
| **N.º sesiones de consulta/semana de Obstetricia y Ginecología** |  |
| **N.º sesiones de consulta/semana de Cirugía General y Aparato Digestivo** |  |
| **N.º sesiones de consulta/semana de Cirugía Ortopédica y Traumatología** |  |
| **N.º sesiones de consulta/semana de Otorrinolaringología** |  |
| **N.º sesiones de consulta/semana de Oftalmología** |  |
| **N.º sesiones de consulta/semana de Psiquiatría** |  |

N.º de sesiones de consulta/semana en otras áreas/servicios

|  |  |
| --- | --- |
| **Área/Servicio N.º de sesiones de consulta/semana** | |
|  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Sistema de archivo de Historias Clínicas informatizado** | SI | NO |
| **Acceso a una Biblioteca Virtual** | SI | NO |
| **Registro informatizado de casos y actividad asistencial** | SI | NO |
| **Registro diferenciado de proceso enfermero** | SI | NO |
| **Protocolos o guías de actuación y guías de práctica clínica adoptados y aplicados por el equipo pluridisciplinar, periódicamente actualizados, revisados y aprobados por la Entidad Titular** | SI | NO |
| **Programación de actividades asistenciales, docentes e investigadoras del Centro** | SI | NO |
| **Manual de organización interna y funcionamiento** | SI | NO |
| **Informe sobre la cobertura poblacional** | SI | NO |
| **Programa de garantía y mejora de la calidad** | SI | NO |

**7. INDICADORES DE ACTIVIDAD ASISTENCIAL**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Año** |  | **Año** |  |
| **N.º total de ingresos/día del Hospital** |  | **N.º total de ingresos/día del Hospital** |  |
| **Estancia media del dispositivo hospitalario (días)** |  | **Estancia media del dispositivo hospitalario (días)** |  |
| **Índice de ocupación del hospital** |  | **Índice de ocupación del hospital** |  |
| **Porcentaje de reingresos en menos de treinta días (%)** |  | **Porcentaje de reingresos en menos de treinta días (%)** |  |
| **Tasa de infección hospitalaria** |  | **Tasa de infección hospitalaria** |  |

**Medicina Interna**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Año** |  | **Año** |  |
| **N.º total de ingresos/día en Medicina Interna** |  | **N.º total de ingresos/día en Medicina Interna** |  |
| **Primeras Consultas** |  | **Primeras Consultas** |  |
| **Consultas sucesivas o revisiones** |  | **Consultas sucesivas o revisiones** |  |
| **Número sesiones consulta/semana** |  | **Número sesiones consulta/semana** |  |

10 GRDs más frecuentes de M. Interna

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Año** | **Código** | **Denominación** | **Nº casos** |
|  |  |  |  |

**Pediatría**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Año** |  | **Año** |  |
| **N.º total de ingresos/día en Pediatría** |  | **N.º total de ingresos/día en Pediatría** |  |
| **Primeras Consultas** |  | **Primeras Consultas** |  |
| **Consultas sucesivas o revisiones** |  | **Consultas sucesivas o revisiones** |  |
| **Número sesiones consulta/semana** |  | **Número sesiones consulta/semana** |  |

10 GRDs más frecuentes de Pediatría

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Año** | **Código** | **Denominación** | **Nº casos** |
|  |  |  |  |

**Obstetricia y Ginecología**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Año** |  | **Año** |  |
| **N.º total de ingresos/día** |  | **N.º total de ingresos/día** |  |
| **Procedimientos cirugía menor** |  | **Procedimientos cirugía menor** |  |
| **Primeras Consultas** |  | **Primeras Consultas** |  |
| **Consultas sucesivas o revisiones** |  | **Consultas sucesivas o revisiones** |  |
| **Número sesiones consulta/semana** |  | **Número sesiones consulta/semana** |  |
| **Porcentaje de cesáreas** |  | **Porcentaje de cesáreas** |  |

10 GRDs más frecuentes de Obstetricia y Ginecología

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Año** | **Código** | **Denominación** | **Nº casos** |
|  |  |  |  |

**Salud Mental**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Año** |  | **Año** |  |
| **N.º total de ingresos/día** |  | **N.º total de ingresos/día** |  |
| **Primeras Consultas** |  | **Primeras Consultas** |  |
| **Consultas sucesivas o revisiones** |  | **Consultas sucesivas o revisiones** |  |
| **N.º sesiones consulta/semana** |  | **N.º sesiones consulta/semana** |  |

10 GRDs más frecuentes de Salud Mental

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Año** | **Código** | **Denominación** | **Nº casos** |
|  |  |  |  |

**Urgencias**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Año** |  | **Año** |  |
| **N.º Urgencias Totales/día** |  | **N.º Urgencias Totales/día** |  |
| **N.º Urgencias Médicas/día** |  | **N.º Urgencias Médicas/día** |  |
| **N.º Urgencias Quirúrgicas/día** |  | **N.º Urgencias Quirúrgicas/día** |  |
| **N.º Urgencias Traumatológicas/día** |  | **N.º Urgencias Traumatológicas/día** |  |
| **N.º Urgencias Pediátricas/día** |  | **N.º Urgencias Pediátricas/día** |  |

**Otras Unidades/Áreas**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Año** |  | **Año** | |  |
| **N.º pacientes de Unidad de educación diabetológica** |  | **N.º pacientes de Unidad de educación diabetológica** | |  |
| **N.º pacientes de Unidad de educación de enfermos crónicos** |  | **N.º pacientes de Unidad de educación de enfermos crónicos** | |  |
| **N.º pacientes de Unidad de menopausia** |  | **N.º pacientes de Unidad de menopausia** | |  |
| **N.º pacientes de Unidad de prevención del cáncer ginecológico** |  | **N.º pacientes de Unidad de prevención del cáncer ginecológico** | |  |
| **N.º pacientes de Unidad de cuidados paliativos** |  | **N.º pacientes de Unidad de cuidados paliativos** | |  |
| **Hospitalización a domicilio** | | | SI  NO | |

Indicar los planes de cuidados de enfermería de los diez procesos más frecuentes GDRs así como el n.º de planes por año

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Año** | **Denominación plan de cuidados** | **Nº casos** |
|  |  |  |

En caso de disponer de gestor de casos o enfermería de enlace, indicar los diez procesos más frecuentes de atención-GDR

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Año Proceso Nº casos** | | |
|  |  |  |

**8. ACTIVIDAD DOCENTE E INVESTIGADORA**

**Ponencias o comunicaciones en Jornadas y Congresos, de carácter nacional o internacional, en los últimos dos años (por especialidad o de forma conjunta).**

**Publicaciones en revistas nacionales o internacionales de la UDM en los dos últimos años.**



He adjuntado a la solicitud la Planificación de las sesiones y de las actividades de formación continuada del año anterior y del año en curso

**9. INDICADORES DE CALIDAD**

**Proyectos de investigación, con evaluación (Comités Éticos/Investigación o Agencia externa de financiación, etc.) en los últimos diez años.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Año** |  | **Año** |  |
| **Quejas y reclamaciones recibidas** |  | **Quejas y reclamaciones recibidas** |  |
| **Medidas adoptadas** | | | |
|  | | | |

**Otros**