1. DENOMINACIÓN DEL CENTRO DE SALUD

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

2. CAPACIDAD DOCENTE DEL DISPOSITIVO

**Duración estancia formativa (meses)**

|  |
| --- |
| **Obstetricia y Ginecología Enfermería Obstétrico-Ginecológica (Matrón/a)** |
|  |  |

**Capacidad docente (turnos/año)**

|  |
| --- |
| **Obstetricia y Ginecología Enfermería Obstétrico-Ginecólogica (Matrón/a)** |
|  |  |

3. RESPONSABLE / COLABORADOR DOCENTE DEL DISPOSITIVO

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

4. COBERTURA POBLACIONAL

|  |  |
| --- | --- |
| **Cobertura Poblacional** |  |

5. RECURSOS HUMANOS

|  |  |
| --- | --- |
| **Especialistas en Enfermería Obstétrico-Ginecológica (Matrón/a)** |  |
| **Enfermeros/as de Cuidados Generales** |  |
| **Médicos/as de Atención Primaria** |  |
| **Residentes de Medicina Familiar y Comunitaria** |  |
| **Residentes de otras especialidades** |  |
| **Otros profesionales** |
|  |

6. ÁREA FÍSICA

|  |  |
| --- | --- |
| **Consulta de Matrón/a** |  |
| **Número de Sesiones/semana de consulta de Matrón/a** |  |
| **Número de Aulas** |  |
| **Sala Reuniones** |  |
| **Otros recursos del área física** |
|  |

Biblioteca

|  |  |
| --- | --- |
| **Fuentes documentales en soporte papel** |  SI  NO |
| **Acceso a base de datos** |  SI  NO |
| **Acceso a texto completo de revistas nacionales e internacionales de interés** |  SI  NO |

7. RECURSOS MATERIALES

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Archivo de Historias Clínicas** |  SI |  NO |
| **Registro informatizado de casos y actividad asistencial** |  SI |  NO |
| **Informatización de los Planes de Cuidados de Enfermería** |  SI |  NO |
| **Registro del proceso enfermero en la Historia Clínica** |  SI |  NO |
| **Disponibilidad de acceso a medios audiovisuales** |  SI |  NO |
| **Material de simulación** |  SI |  NO |
| **Otros recursos materiales** |
|  |

8. PROTOCOLOS DE ACTUACIÓN ASISTENCIAL

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Control y seguimiento del embarazo** |  SI |  NO |
| **Educación maternal** |  SI |  NO |
| **Programas de postparto** |  SI |  NO |
| **Control puerperio** |  SI |  NO |
| **Planificación familiar** |  SI |  NO |
| **Programas de prevención** |  SI |  NO |
| **Programas de climaterio** |  SI |  NO |
| **Programas dirigidos a jóvenes** |  SI |  NO |

|  |  |
| --- | --- |
| **Programas dirigidos a la comunidad** |  SI  NO |
| **Otros programas:** |
|  |

9. INDICADORES DE ACTIVIDAD ASISTENCIAL

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Año** |  | **Año** |  |
| **N.º Consejo reproductivo** |  | **N.º Consejo reproductivo** |  |
| **N.º Primeras visitas** |  | **N.º Primeras visitas** |  |
| **N.º Control prenatal** |  | **N.º Control prenatal** |  |
| **N.º Puerperio domiciliario** |  | **N.º Puerperio domiciliario** |  |
| **N.º Consultas puerperio** |  | **N.º Consultas puerperio** |  |
| **N.º citas de planificación familiar y contracepción** |  | **N.º citas de planificación familiar y contracepción** |  |
| **N.º consultas de consejo afectivo-sexual** |  | **N.º consultas de consejo afectivo-sexual** |  |
| **N.º actividades preventivas en salud sexual y reproductiva** |  | **N.º actividades preventivas en salud sexual y reproductiva** |  |
| **N.º Citologías** |  | **N.º Citologías** |  |
| **N.º Mamografías** |  | **N.º Mamografías** |  |
| **N.º de grupos/año de educación para la maternidad y paternidad** |  | **N.º de grupos/año de educación para la maternidad y paternidad** |  |
| **N.º de grupos/año postparto** |  | **N.º de grupos/año postparto** |  |
| **N.º de grupos/año de promoción y apoyo a la lactancia** |  | **N.º de grupos/año de promoción y apoyo a la lactancia** |  |
| **N.º de grupos/año de educación para la salud de la mujer durante la menopausia y el climaterio** |  | **N.º de grupos/año de educación para la salud de la mujer durante la menopausia y el climaterio** |  |
| **Actividades de atención a jóvenes** |
|  |
| **Otras actividades de diagnóstico precoz de cáncer ginecología y de mama** |
|  |
| **Actividades educativas en la comunidad** |
|  |
|  Marcar en el caso de adjuntar a la solicitud una memoria asistencial de los 2 años previos |

10. SESIONES CLÍNICAS

|  |  |
| --- | --- |
| **Sesiones clínicas conjuntas de todos los profesionales del centro** |  SI  NO |
| **Sesiones clínicas específicas de Enfermería Obstétrico-Ginecológica (Matrón/a)** |  SI  NO |

11. ACTIVIDAD DOCENTE E INVESTIGADORA DURANTE LOS DOS ÚLTIMOS AÑOS

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Formación continuada del Centro o Área de Salud** |  SI |  NO |
| **Ponencias y comunicaciones presentadas** |  SI |  NO |
| **Proyectos de investigación** |  SI |  NO |
| **Publicaciones** |  SI |  NO |
| **Otros** |  SI |  NO |

12. INDICADORES DE CALIDAD

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Año** |  | **Año** |  |
| **Captación del embarazo antes de las 12ª semana de gestación** |  | **Captación del embarazo antes de las 12ª semana de gestación** |  |
| **Mujeres con control adecuado de la gestación** |  | **Mujeres con control adecuado de la gestación** |  |
| **Mujeres que realizan un mínimo de 5 sesiones de educación maternal** |  | **Mujeres que realizan un mínimo de 5 sesiones de educación maternal** |  |
| **Programas de postparto y apoyo a la lactancia** |  | **Programas de postparto y apoyo a la lactancia** |  |
| **Mujeres que mantienen la lactancia más de 4 meses, si lo desean** |  | **Mujeres que mantienen la lactancia más de 4 meses, si lo desean** |  |
| **Cribaje poblacional de cáncer de cérvix a través del programa** |  | **Cribaje poblacional de cáncer de cérvix a través del programa** |  |
| **Embarazos no deseados** |  | **Embarazos no deseados** |  |
| **Otros** |
|  |

13. QUEJAS Y RECLAMACIONES

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