

## FORMULARIO ESPECÍFICO DE ACREDITACIÓN Y RE-ACREDITACIÓN DE UNIDADES DOCENTES MULTIPROFESIONALES DE GERIATRÍA

### DISPOSITIVO HOSPITALARIO

Cumplimentar un formulario por cada uno de los Dispositivos Hospitalarios relacionados en la Tabla Resumen de UDM de Geriatria

[Programa formativo](#)

<b>1. DENOMINACIÓN DEL DISPOSITIVO HOSPITALARIO:</b>		
Localidad:	Provincia:	
Adscrito a: <i>(Indicar denominación de la Unidad Docente)</i>		
Entidad titular del dispositivo:		
<b>2. CAPACIDAD DOCENTE DEL DISPOSITIVO:</b>		
Especialidad	Duración estancia formativa <i>(La duración de la estancia formativa es la establecida en la Guía o Itinerario Formativo tipo)</i>	Capacidad docente (turnos/año)
Geriatría		
Enfermería Geriátrica		
<b>3. RESPONSABLE / COLABORADOR DOCENTE en este dispositivo: <i>(Nombre, Apellidos y Especialidad)</i></b>		
Don/Doña:	Especialidad:	
Don/Doña:	Especialidad:	
Don/Doña:	Especialidad:	
<b>4. COBERTURA POBLACIONAL:</b>		

5. RECURSOS HUMANOS:		Indicar número de profesionales
Especialistas en Geriátria ( <i>mínimo 2</i> )		
Especialistas en Enfermería Geriátrica ( <i>mínimo 2</i> )		
Otros profesionales:		
Enfermeros/as de Cuidados Generales		
Fisioterapeutas		
Trabajadores/as Sociales		
Terapeutas ocupacionales		
Otros ( <i>indicar</i> ):		
6. ÁREAS ASISTENCIALES		
Unidad hospitalaria de pacientes agudos		SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Unidad de media estancia/recuperación funcional		SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Hospital de día		SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Interconsultas hospitalarias		SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Consultas externas/Equipos de valoración geriátrica		SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Otras unidades:		SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Unidades de Psicogeriatría		SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Hospitalización a domicilio		SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Unidades de cuidados paliativos geriátricos		SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
7. RECURSOS MATERIALES:		
Archivo de Historias Clínicas		SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Registro informatizado de casos y actividad asistencial		SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Registro del proceso enfermero en la Historia Clínica		SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Disponibilidad de medios audiovisuales		SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Disponibilidad de aulas o salas de reuniones		SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Disponibilidad de otros recursos docentes: salas y material de demostración, simulación, etc.		SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Otros recursos materiales ( <i>indicar</i> ):		
8. PROGRAMAS / ACTIVIDADES REGLADAS ASISTENCIALES:		
Protocolos o guías de actuación		SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
<i>Indicar los disponibles:</i>		





<b>Interconsultas hospitalarias</b>					Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		Año	Año	
Indicar el número de interconsultas hospitalarias realizadas									
<b>Consultas externas/Equipos de valoración geriátrica:</b> <i>(Mínimo 1.000 consultas externas/año o 200 valoraciones/año)</i>							Año	Año	
Indicar N.º sesiones/semana:									
N.º total de primeras consultas:									
N.º total de consultas sucesivas:									
Dispone de Consultas Externas Monográficas; <i>desglosar</i>							Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		
		N.º sesiones semana		N.º primeras consultas		N.º consultas sucesivas			
		Año	Año	Año	Año	Año	Año		
<b>Otras Unidades Hospitalarias:</b> <i>(Indicar datos de actividad)</i>							Año	Año	
Unidades de Psicogeriatría							Sí <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	
Hospitalización a domicilio							Sí <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	
Unidades de Cuidados Paliativos Geriátricos							Sí <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	
<b>10. ACTIVIDAD DOCENTE:</b> <i>(En caso de señalarse afirmativamente, debe aportarse <u>Calendario</u> en documentación adjunta)</i>									
<b>SESIONES CLÍNICAS:</b> <i>(En caso de señalarse afirmativamente, debe aportarse <u>Calendario</u> en documentación adjunta)</i> <i>Mínimo 4 sesiones/mes de cada especialidad, de las cuales, al menos 1 será conjunta entre ambas especialidades</i>									
Sesiones clínicas conjuntas							Sí <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	
Sesiones clínicas específicas	Especialistas en Medicina Geriátrica						Sí <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	
	Especialistas en Enfermería Geriátrica						Sí <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	
Sesiones bibliográficas del último año					N.º	Periodicidad			
<b>Actividades de formación continuada en el dispositivo durante el último año:</b> <i>especificar actividades en documento adjunto</i>							Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		

<b>11. INDICADORES DE CALIDAD</b> (durante los dos últimos años):		
	Año	Año
Estancia media de los 10 GDRs más frecuentes		
Tasa de mortalidad		
Porcentaje de reingresos en menos de 30 días		
Caídas (%)		
Úlceras por presión		
Pérdida funcional entre el ingreso y el alta < 15-20% (indicar %)		
<b>QUEJAS Y RECLAMACIONES:</b>	Año	Año
Quejas y reclamaciones recibidas en la Unidad asistencial de Geriátrica en los dos últimos años respecto al total, y medidas adoptadas. <i>(indicar porcentaje)</i>		
Medidas adoptadas:		
Otros:		

Los datos de este formulario han sido recogidos en fecha                    de (elegir mes)                    de 20

(Entidad titular del dispositivo)

Fdo: