

FORMULARIO ESPECÍFICO DE ACREDITACIÓN Y RE-ACREDITACIÓN DE DISPOSITIVOS HOSPITALARIOS DE UDM DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA

[Programa Formativo](#)

[Requisitos acreditación](#)

La cumplimentación de este formulario debe realizarse en el formato Word

1. DENOMINACIÓN DEL DISPOSITIVO HOSPITALARIO:		
Localidad:	Provincia:	
Adscrito a: <i>(Indicar denominación de la Unidad Docente)</i>		
Entidad titular del dispositivo:		
2. CAPACIDAD DOCENTE DEL DISPOSITIVO:		
Especialidad	Duración estancia formativa	Capacidad docente (turnos/año)
Enfermería Obstétrico-Ginecológica (Matrón/a)		
Medicina Obstetricia y Ginecología		
3. RESPONSABLE / COORDINADOR DE LA DOCENCIA en este dispositivo: <i>(Nombre, Apellidos y Especialidad)</i>		
Don/Doña:	Especialidad:	
Don/Doña:	Especialidad:	
Don/Doña:	Especialidad:	
4. COBERTURA POBLACIONAL:		
5. RECURSOS HUMANOS:		Indicar número de profesionales
Especialistas en Enfermería Obstétrico-Ginecológica (Matrón/a)		
Especialistas en Obstetricia y Ginecología		
Otros profesionales:		
Enfermeros/as de Cuidados Generales		
Otros <i>(indicar)</i> :		
6. ÁREAS ASISTENCIALES		
Embarazo, parto y puerperio normal	SÍ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Embarazo, parto y puerperio patológico	SÍ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>



Diagnóstico prenatal	SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
Contracepción	SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
Mama y su patología	SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
Reproducción y endocrinología ginecológica	SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
Suelo pélvico	SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
Menopausia	SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
Neonatología	SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
Ginecología general <i>(específico para la formación de especialistas en Obstetricia y Ginecología)</i>	SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
Ginecología oncológica <i>(específico para la formación de especialistas en Obstetricia y Ginecología)</i>	SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
7. ÁREA FÍSICA:	Indicar número	
CONSULTAS EXTERNAS:	Sesiones / semana consulta Gestación de riesgo	
	Sesiones / semana consulta Ginecología oncológica	
	Sesiones / semana consulta Endocrinología ginecológica y reproducción	
	Sesiones / semana consulta Contracepción	
	Sesiones / semana consulta Patología mamaria	
	Sesiones / semana consulta Ginecología general	
	Sesiones / semana consulta Suelo pélvico	
HOSPITALIZACIÓN:	Camas de obstetricia	
	Salas de parto	
	Salas de parto	
	Salas integradas (parto y parto)	
	Camas de ginecología	
QUIRÓFANOS:	Quirófanos de urgencia obstétrica	
	Quirófanos de ginecología	
	Sesiones/semana quirófano	
Urgencias obstétrico ginecológicas	SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
Unidad de fisiopatología fetal	SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
Unidad de neonatos	SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
Cuidados intermedios neonatales	SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
UVI neonatal	SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
Aulas de desarrollo de habilidades	SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
Aulas:	Sala Reuniones	
SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Núm.:	SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Núm.:	
Otros recursos del área física <i>(indicar):</i>		
Biblioteca: <i>(elegir del desplegable)</i>	Fuentes documentales en soporte papel	SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
	Acceso a base de datos	SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
	Acceso a texto completo de revistas nacionales e internacionales de interés	SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
8. 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"/>	



Disponibilidad de medios audiovisuales		SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>				
Material de simulación		SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>				
Otros recursos materiales <i>(indicar)</i> :						
9. PROGRAMAS / ACTIVIDADES REGLADAS ASISTENCIALES:						
Protocolos o guías de actuación		SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>				
Otros programas <i>(indicar)</i> :						
10. INDICADORES DE ACTIVIDAD ASISTENCIAL durante los dos últimos años, relativos a la población de referencia						
OBSTETRICIA		Año	Año			
GESTACIÓN DE RIESGO	Número de primeras consultas					
	Número de consultas sucesivas					
	Número de sesiones/semanales					
ECOGRAFÍAS	Número de ecografías de 1 ^{er} trimestre					
	Número de ecografías de 2 ^o trimestre					
	Número de ecografías cribado malformaciones fetales					
	Número de ecografías de 3 ^{er} trimestre					
Número de técnicas invasivas de diagnóstico prenatal						
Número de PARTOS/AÑO:						
		Indicar %	Indicar %			
Partos eutócicos						
Partos de baja intervención (parto natural)						
Partos múltiples						
Cesáreas						
Partos Instrumentales	Con fórceps					
	Con espátula					
	Con ventosa					
GINECOLOGÍA <i>(específicos para la formación de especialistas en Obstetricia y Ginecología)</i>						
CONSULTAS DE GINECOLOGÍA <i>(últimos dos años)</i>	Nº primeras consultas		Nº consultas sucesivas		Nº sesiones / semana	
	Año	Año	Año	Año	Año	Año
Ginecología oncológica						
Endocrinología ginecológica y reproducción						
Contracepción						
Patología mamaria						
Ginecología general						
Suelo pélvico						
Menopausia						
Histeroscopias					Año	Año
	Histeroscopias diagnósticas					
	Histeroscopias terapéuticas					

Nº DE INGRESOS/AÑO					
Nº DE SESIONES / QUIRÓFANO / SEMANALES					
TIPO DE INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS	Año		Año		
	Núm.	% CMA	Núm.	% CMA	
Histerectomías vaginales					
Histerectomías abdominales					
Corrección de la incontinencia urinaria					
Cáncer de ovario					
Cáncer de endometrio					
Cáncer de mama					
Cáncer de cuello uterino					
Técnicas quirúrgicas de contracepción					
Planes de Cuidados estandarizados de Enfermería				SÍ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
11. SESIONES CLÍNICAS: <i>(En caso de señalarse afirmativamente, debe aportarse <u>Calendario</u> en documentación adjunta)</i>					
Sesiones clínicas conjuntas				SÍ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Sesiones clínicas específicas	Especialistas en Enfermería Obstétrico-Ginecológica (Matrón/a)			SÍ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
	Especialistas en Obstetricia y Ginecología			SÍ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
12. ACTIVIDAD DOCENTE E INVESTIGADORA de todos los profesionales (durante los dos últimos años):					
Formación continuada (*)				SÍ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Ponencias y comunicaciones presentadas (*)				SÍ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Proyectos de investigación (*)				SÍ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Publicaciones (*)				SÍ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Otros (*) <i>(Seminarios, Conferencias, elaboración de Protocolos, etc.)</i>				SÍ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
13. INDICADORES DE CALIDAD (durante los dos últimos años):					
				Año	Año
OBSTÉTRICOS:					
Estancia media					
Tasa de mortalidad perinatal precoz de recién nacido > 500 gr.					
Tasa de mortalidad materna					
Índice de infección nosocomial puerperal					
Porcentaje de reingreso por complicaciones de causa obstétrica					
Modos de inicio del trabajo de parto:					
Porcentaje de parto espontáneo					
Porcentaje de parto inducido					
Porcentaje de episiotomías					
Porcentaje de desgarros de tercer y cuarto grado					
Causas de cesáreas: <i>(indicar porcentaje de cada una de ellas)</i>					
Causas de partos instrumentales: <i>(indicar porcentaje de cada uno de ellos)</i>					

Porcentaje de inducción de madurez pulmonar en la amenaza de parto pretérmino		
Porcentaje de profilaxis antibiótica en rotura prematura de membrana en gestación pretérmino		
Porcentaje de control de bienestar fetal seriado en gestantes con diagnóstico de crecimiento intrauterino retrasado – CIR		
Grupos Diagnósticos Relacionados (GDRs) ^(**)		
GINECOLÓGICOS:	Año	Año
Estancia media		
Porcentaje de infección nosocomial		
Porcentaje de estudio preoperatorio		
Porcentaje de reingresos por complicaciones de causa ginecológica		
Porcentaje de realización de consentimiento informado en técnicas invasivas		
Porcentaje de realización de estudio de extensión en cirugía neoplásica		
Porcentaje de cirugía conservadora en la neoplasia mamaria		
Porcentaje de pauta de analgesia postquirúrgica		
Grupos Diagnósticos Relacionados (GDRs) ^(**)		
QUEJAS Y RECLAMACIONES:		
Quejas y reclamaciones recibidas en la Unidad asistencial de Obstetricia y Ginecología respecto al total del Centro (<i>indicar porcentaje</i>), en los dos últimos años, y medidas adoptadas.		
	Año	Año
Quejas y reclamaciones recibidas (<i>indicar porcentaje</i>)		
Medidas adoptadas:		

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

(Entidad titular del dispositivo)

Fdo:

(*) En caso de señalarse afirmativamente, debe aportarse en documentación adjunta.

(**) Adjuntar los 20 GDRs más frecuentes de los dos últimos años.