#  1. DENOMINACIÓN DEL DISPOSITIVO HOSPITALARIO

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

 **2. CAPACIDAD DOCENTE DEL DISPOSITIVO**

**Duración estancia formativa**

**Geriatría Enfermería Geriátrica**

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
| **Geriatría Enfermería Geriátrica** |
|  |  |

**Capacidad docente (turnos/año)**

#  3. RESPONSABLE / COLABORADOR DOCENTE DEL DISPOSITIVO

Campos obligatorios según proceda

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

#  4. COBERTURA POBLACIONAL

0

**Indicar número**

 **5. RECURSOS HUMANOS**

Indicar el número de profesionales

|  |  |
| --- | --- |
| **Especialistas en Geriatría** |  |
| **Especialistas en Enfermería Geriátrica** |  |
| **Enfermeros/as de Cuidados Generales** |  |
| **Fisioterapeutas** |  |
| **Trabajadores/as Sociales** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Terapeutas Ocupacionales** |  |
| **Otros** |  |

#  6. ÁREAS ASISTENCIALES

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Unidad hospitalaria de pacientes agudos** |  Si |  No |
| **Unidad de media estancia/recuperación funcional** |  Si |  No |
| **Hospital de día** |  Si |  No |
| **Interconsultas hospitalarias** |  Si |  No |
| **Consultas externas/Equipos de valoración geriátrica** |  Si |  No |

Otras unidades:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Unidades de Psicogeriatría** |  Si |  No |
| **Hospitalización a domicilio** |  Si |  No |
| **Unidades de cuidados paliativos geriátricos** |  Si |  No |

#  7. RECURSOS MATERIALES

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Archivo de Historias Clínicas** |  Si |  No |
| **Registro informatizado de casos y actividad asistencial** |  Si |  No |
| **Registro del proceso enfermero en la Historia Clínica** |  Si |  No |
| **Disponibilidad de acceso a medios audiovisuales** |  Si |  No |
| **Disponibilidad de aulas o salas de reuniones** |  Si |  No |
| **Disponibilidad de acceso a otros recursos docentes: salas y material de demostración, simulación, etc** |  Si |  No |
| **Otros recursos materiales:** |  |

 **8. PROGRAMAS / ACTIVIDADES REGLADAS ASISTENCIALES**

|  |  |
| --- | --- |
| **Protocolos o guías de actuación** |  Si  No |
| **Indicar los disponibles** |  |

#  9. AREA FÍSICA Y ACTIVIDAD ASISTENCIAL

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Año** | 0 | **Año** | 0 |
| **Nº de camas en unidad hospitalaria de pacientes agudos** | 0 | **Nº de camas en unidad hospitalaria de pacientes agudos** | 0 |
| **N.º total de ingresos/año en unidad hospitalaria de pacientes agudos** | 0 | **N.º total de ingresos/año en unidad hospitalaria de pacientes agudos** | 0 |
| **Medición de la situación funcional ingreso y alta en unidad hospitalaria de pacientes agudos** | 0 | **Medición de la situación funcional ingreso y alta en unidad hospitalaria de pacientes agudos** | 0 |
| **Informes de enfermería al alta en unidad hospitalaria de pacientes agudos** | 0 | **Informes de enfermería al alta en unidad hospitalaria de pacientes agudos** | 0 |
| **Número de camas en la unidad de media estancia/recuperación funcional** | 0 | **Número de camas en la unidad de media estancia/recuperación funcional** | 0 |
| **N.º pacientes/año en la unidad de media estancia/recuperación funcional** | 0 | **N.º pacientes/año en la unidad de media estancia/recuperación funcional** | 0 |
| **Medición de la situación funcional ingreso y alta en la unidad de media estancia/recuperación funcional** | 0 | **Medición de la situación funcional ingreso y alta en la unidad de media estancia/recuperación funcional** | 0 |
| **Informes de enfermería al alta en la unidad de media estancia/recuperación funcional** | 0 | **Informes de enfermería al alta en la unidad de media estancia/recuperación funcional** | 0 |
| **Indicar el número de interconsultas hospitalarias realizadas** | 0 | **Indicar el número de interconsultas hospitalarias realizadas** | 0 |

Consultas externas/Equipos de valoración Geriátrica

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Año** | 0 | **Año** | 0 |
| **Nº sesiones/semana** | 0 | **Nº sesiones/semana** | 0 |
| **Nº total de primeras consultas:** | 0 | **Nº total de primeras consultas:** | 0 |
| **Nº total de consultas sucesivas** | 0 | **Nº total de consultas sucesivas** | 0 |
| **Dispone de Consultas Externas Monográficas** |  Si  No |

#  Consultas Externas Monográficas

|  |  |
| --- | --- |
| **Año** | 0 |
| **Consultas Externas Monográficas** | **Consulta Monográfica** | **Nº sesiones/semana** | **Nº primeras consultas** |  | **Nº consultas sucesivas** |
|  |  |  |  |
| **Año** | 0 |
| **Consultas Externas Monográficas** | **Consulta Monográfica** | **Nº sesiones/semana** | **Nº primeras consultas** |  | **Nº consultas sucesivas** |
|  |  |  |  |

Otras Unidades Hospitalarias (Indicar datos de actividad de los 2 últimos años):

|  |  |
| --- | --- |
| **Unidades de Psicogeriatría** |  |
| **Hospitalización a domicilio** |  |
| **Unidades de Cuidados Paliativos Geriátricos** |  |

#  10. ACTIVIDAD DOCENTE E INVESTIGADORA EN GERIATRÍA

En caso de señalarse afirmativamente, debe aportarse Calendario en documentación adjunta, con la planificación del año anterior y la del año en curso

|  |  |
| --- | --- |
| **Sesiones clínicas conjuntas** |  Si  No |
| **Sesiones clínicas específicas de Geriátrica** |  Si  No |
| **Sesiones clínicas Específicas de Enfermería Geriatrica** |  Si  No |
| **Sesiones bibliográficas del último año** | 0 |
| **Nº Actividades de formación continuada durante el último año** | 0 |
| **Otros:** |  |
|  He adjuntado a la solicitud la Planificación de docencia del año anterior y del año en curso |

#  11. INDICADORES DE CALIDAD

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Año** | 0 | **Año** | 0 |
| **Estancia media** | 0 | **Estancia media** | 0 |
| **Tasa de mortalidad** | 0 | **Tasa de mortalidad** | 0 |
| **Porcentaje de reingresos en menos de 30 días** | 0 | **Porcentaje de reingresos en menos de 30 días** | 0 |
| **Caídas (%)** | 0 | **Caídas (%)** | 0 |
| **Úlceras por presión (%)** | 0 | **Úlceras por presión (%)** | 0 |
| **Porcentaje de pacientes con pérdida funcional entre el ingreso y el alta < 15-20%** | 0 | **Porcentaje de pacientes con pérdida funcional entre el ingreso y el alta < 15-20%** | 0 |

Quejas y reclamaciones recibidas en la Unidad asistencial de Geriatría en los dos últimos años respecto al total, y medidas adoptadas

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Año** | 0 | **Año** | 0 |
| **Quejas y reclamaciones recibidas (%)** | 0 | **Quejas y reclamaciones recibidas (%)** | 0 |
| **Medidas adoptadas** |  |
| **Otros** |  |

#  12. ANEXO ACTIVIDAD DE LAS ÁREAS ASISTENCIALES: GERIATRÍA UNIDAD HOSPITALARIA DE PACIENTES AGUDOS

GERIATRIA UNIDAD HOSPITALARIA DE PACIENTES AGUDOS

10 GDRs más frecuentes en el centro y nº de últimos dos años

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Año** | 0 | **Año** | 0 |

|  |  |
| --- | --- |
| **GDR 1** |  |
| **Nº casos** | 0 | **Nº casos** | 0 |
| **GDR 2** |  |
| **Nº casos** | 0 | **Nº casos** | 0 |
| **GDR 3** |  |
| **Nº casos** | 0 | **Nº casos** | 0 |
| **GDR 4** |  |
| **Nº casos** | 0 | **Nº casos** | 0 |
| **GDR 5** |  |
| **Nº casos** | 0 | **Nº casos** | 0 |
| **GDR 6** |  |
| **Nº casos** | 0 | **Nº casos** | 0 |
| **GDR 7** |  |
| **Nº casos** | 0 | **Nº casos** | 0 |
| **GDR 8** |  |
| **Nº casos** | 0 | **Nº casos** | 0 |
| **GDR 9** |  |
| **Nº casos** | 0 | **Nº casos** | 0 |
| **GDR 10** |  |
| **Nº casos** | 0 | **Nº casos** | 0 |

#  13. ANEXO ACTIVIDAD DE LAS ÁREAS ASISTENCIALES: GERIATRÍA UNIDAD DE MEDIA ESTANCIA/RECUPERACIÓN FUNCIONAL

GERIATRÍA UNIDAD DE MEDIA ESTANCIA/RECUPERACIÓN FUNCIONAL

10 GDRs más frecuentes en el centro y nº de últimos dos años

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Año** | 0 | **Año** | 0 |

**GDR 1**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Nº casos** | 0 | **Nº casos** | 0 |
| **GDR 2** |  |
| **Nº casos** | 0 | **Nº casos** | 0 |
| **GDR 3** |  |
| **Nº casos** | 0 | **Nº casos** | 0 |
| **GDR 4** |  |
| **Nº casos** | 0 | **Nº casos** | 0 |
| **GDR 5** |  |
| **Nº casos** | 0 | **Nº casos** | 0 |
| **GDR 6** |  |
| **Nº casos** | 0 | **Nº casos** | 0 |
| **GDR 7** |  |
| **Nº casos** | 0 | **Nº casos** | 0 |
| **GDR 8** |  |
| **Nº casos** | 0 | **Nº casos** | 0 |
| **GDR 9** |  |
| **Nº casos** | 0 | **Nº casos** | 0 |
| **GDR 10** |  |
| **Nº casos** | 0 | **Nº casos** | 0 |