

SOLICITUD DE ACREDITACION DE RESIDENCIA NEONATOLOGIA

ESTABLECIMIENTO DE SALUD EN DONDE SE DESARROLLA LA RESIDENCIA

Nombre del Establecimiento:

Dirección:

Localidad:

Provincia:

Teléfono:

Fax:

Correo electrónico:

Jefe de Servicio de Pediatría/Departamento Materno Infantil:.....

Jefe de Docencia e Investigación del Hospital:

MARCAR LO QUE CORRESPONDA

Acreditación:

Reacreditación:

Fecha de la última acreditación: ____ / ____ / _____

ESTABLECIMIENTO DE SALUD EN DONDE SE DESARROLLA LA RESIDENCIA

Tipo de institución:

- Hospital General
 Hospital Pediátrico
 Hospital Materno infantil
 Hospital de Comunidad

Sector:

- Público
 Seguridad Social
 Privado

Planta Funcional (En caso de no contar con alguna de las áreas mencionadas, especificar en que institución desarrollan sus residentes esas actividades y las características de las mismas)

	Propia	Institución Asociada*	Dotación de camas	Egresos anuales	Promedio días de estada
Internación pediátrica					
UCIP					
Maternidad				**	
Neonatología (cuidados intensivos)					
Neonatología (cuidados especiales)					

* Asentar el nombre de la institución donde se desarrolla la actividad

**Asentar partos anuales

	Propia	Institución Asociada*	Consultas anuales
Consultorios demanda espontánea			
Consultorios de recién nacido sano			
Área promoción lactancia materna			
Emergencias pediátricas/guardia externa			
Consultorios de recién nacido de alto riesgo			

* Asentar el nombre de la institución donde se desarrolla la actividad

Acceso a Servicios Auxiliares de Diagnóstico y Tratamiento las 24 Horas

	Tiene acceso la 24 hs?	Propio o asociado?
Laboratorio general		
Laboratorio de Microbiología		
Radiología Simple		
Ecografía		
Medicina Nuclear		
Tomografía Computada		
Resonancia magnética		
Oftalmología (Fondo de ojo)		
Fonoaudiología (Otoemisiones acústicas)		

Acceso a la interconsulta

	Propio	Asociado (aclarar dónde)
Cardiología		
Neumonología		
Neurología		
Dermatología		
Nefrología		
Gastroenterología		
Endocrinología		
Oftalmología		
ORL		
Cirugía		
otras		

Recursos Humanos

Nº de médicos de planta:

% de médicos de planta con certificado de especialista (Especificar institución certificante):

.....

Carga horaria de trabajo (promedio):

Nº de médicos con tareas específicas en la Residencia: (Instructores Encargados Docentes Tutores, etc.):

Nº de Personal de enfermería:

% del personal de enfermería con título profesional:

	Universitario	Terciario
Licenciatura		
Profesional		
Auxiliares		

Nº de Personal administrativo:

Residencia

Año de creación de la residencia:

Duración de la residencia:

Dos años tres años Otro (especificar:))

Se exige residencia de pediatría completa?

Si No

De quién depende la residencia?

Nación Provincia GCBA Otro municipio Universidad
Otro (especificar:))

¿Quién es el responsable de la residencia en el hospital?

Dirección Docencia e Investigación Otro (especificar:))

Es sede de carrera universitaria de neonatología?

Si (Universidad:)) No

Nº residentes por año: 1º..... 2º..... 3º.....

Nº total residentes: Nº Jefes de residentes:

Métodos de selección de los residentes.....

Método de selección de Jefes de residentes:

Carga horaria semanal de los residentes

De ésta carga horaria aclarar qué porcentaje se destina a :

Actividad asistencial.....

Actividad docente.....

Investigación.....

La residencia cuenta con (a disposición de los residentes):

- Programa Propio Del organismo formador Si No
- Reglamento Si No
- Criterios escritos de diagnóstico y tratamiento Si No
- Propio Si No

Actividades de los Residentes

Rotaciones (especificar la duración en meses, sólo de las rotaciones obligatorias)

	En la institución	Fuera de la institución (dónde?)
Internación UCIN		
Consultorio demanda espontánea		
Consultorio de seguimiento		
Especialidades pediátricas		
Rotaciones optativas		
Partos/Recepción		
Trasporte intra-extra hospitalario		
Otras		

Características de la unidad

Terapia Intensiva Nivel	
Nº de camas	
Promedio de días de estadía	
Nº de pacientes con cirugía cardiovascular al año	
Nº de pacientes neurológicos /neuroquirúrgicos al año	
Nº de pacientes con ARM al año	
Nº de pacientes con cirugía general al año	
Nº de pacientes < 1500 g al año	
Nº de pacientes < 1000 g al año	
Base de datos (cual)	

Programa Educativo (Señale cuáles de los siguientes aspectos se incluyen en el programa)

	SI	NO
RCP		
Transporte		
Diagnóstico prenatal		
Malformaciones congénitas		
Soporte Ventilatorio		
Soporte Circulatorio		
Falla Hepática		
Falla Renal		
Intoxicaciones		
Complicaciones hematológicas		
Patología Infecciosa		
Trastornos Inmunitarios		
Soporte Nutricional		
Bioestadística		
Bioética		
Perinatología		
Investigación		
Epidemiología		
Economía en Salud		

Actividades de Guardia

Número de guardias/mes en cada año: 1°: 2°: 3°:

Supervisión con la que cuenta:

Acceso a la ínter consulta:

Actividades docentes

Clases teóricas Si No

Pase de sala: Si No

Pase de guardia: Si No

Ateneos clínicos: Si No

Ateneos anatomopatológicos: Si No

Ateneos bibliográficos: Si No

Supervisión de historias clínicas: Si No

Auditoría de historias clínicas: Si No

Producción Científica

Realizan los residentes trabajos de investigación en forma obligatoria? Si No

En los últimos dos años los residentes han realizado

Monográficos Si No

Reportes de casos Si No

Trabajos prospectivos Si No

Trabajos retrospectivos Si No

Estos trabajos han sido presentados en (marcar lo que corresponda)

Jornadas Hospitalarias

Congresos Nacionales

Congresos Internacionales

Estos trabajos han sido publicados en (marcar lo que corresponda) en los últimos 5 años al momento de esta presentación

Revista científica indexada

Pubmed

Lilacs

Revista científica NO indexada

Recursos docentes

Biblioteca: Si No
La biblioteca cuenta con suscripciones a revistas indexadas Si No
NO indexadas Si No
Nº de suscripciones.....
Aulas: Si No
Cañón Si No
Retroproyector Si No
Proyector Si No
Pizarrón Si No
Acceso a Internet: Si No
Acceso a bases de datos bibliográficos: Si No

Otras ofertas docentes de la institución

Grado Si No
Concurrencia Si No
Nº de concurrentes por año 1º.... 2º..... 3º.....
Residencia de especialidades pediátricas Si No
Residencia de enfermería pediátrica Si No
Rotantes externos Si No
Investigación básica/animal..... Si No
Nº de rotantes por rotación...../máximo por rotación el año inmediato anterior
Otra Si No (especificar:)

Evaluación

Frecuencia con que se analiza la marcha del programa:

Frecuencia de las evaluaciones sistemáticas a los residentes:

Método/s de evaluación a los residentes (marque todos los que correspondan):

Observación espontánea del desempeño diario

Observación del desempeño utilizando listas de cotejo

Exámenes parciales escritos

Exámenes parciales orales

Exámenes anuales

Examen final de carrera

Examen de Competencia Clínica Objetivo Estructurado (ECEO)

¿Quién evalúa a los residentes?:

¿Quién confecciona los exámenes?

¿Quién realiza las observaciones de desempeño?.....

Aspecto Económico de la Residencia

¿Quién financia el proyecto?:

¿De qué modo?:

Sueldo promedio:

Situación Jurídica y Condiciones laborales de los Residentes

Contrato Si No

Beca Si No

Seguro mala praxis Si No

ART Si No

Cobertura Social Si No

Licencias por Maternidad Si No

Licencias por Enfermedad Si No

¿Se prevé inserción laboral dentro del sistema para los residentes? Si No

Qué cantidad de residentes han sido nombrados en el servicio/institución una vez finalizada la residencia en los últimos 5 años:

¿Existe un seguimiento de los egresados de la residencia? Si No

Comodidades para los Residentes

Nivel de satisfacción con:

	Malo	Regular	Bueno	Muy bueno	Sobresaliente
Comida					
Alojamiento					
Vestuario					
Baños					
Aulas					

Observaciones del solicitante:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Datos del solicitante:

Apellido y nombres:

Cargo:

Domicilio:

.....

Teléfono: Correo electrónico:

Fecha de la solicitud: __ __ / __ __ / __ __ __ __

Firma del solicitante:

RESERVADO PARA LA SUBCOMISION DE ACREDITACION DE RESIDENCIAS

Fecha de recepción de la solicitud: __ __ / __ __ / __ __ __ __

Fecha de la evaluación: __ __ / __ __ / __ __ __ __

Apellido y nombres de los evaluadores:

.....

.....

.....

Comentario de los evaluadores:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Recomendación de los

evaluadores:

.....

Firma de los evaluadores: