

**SOLICITUD DE ACREDITACION DE RESIDENCIA  
TERAPIA INTENSIVA PEDIATRICA**

**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 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					
Maternidad				**	
Neonatología (UCIN)					
Terapia intermedia					

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

\*\*Asentar partos anuales

**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		

**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):

.....

SAP  Colegio Médico  Universidad (aclarar cuál) ... MSA

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 terapia intensiva pediátrica?

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		Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Propio <input type="checkbox"/>	Del organismo formador <input type="checkbox"/>		
Reglamento		Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Criterios escritos de diagnóstico y tratamiento		Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Propio	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	

### **Actividades de los Residentes**

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

	En la institución	Fuera de la institución (dónde?)
Centro Terapia De Recuperación cardiovascular		
Terapia de Quemados		
Terapia de post-traspalntes		
Otros		

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

		SI	NO
RCP			
Transporte			
Trauma			
Triagge			
Soporte Ventilatorio			
Soporte Circulatorio			
Falla Hepática			
Falla Renal			
Intoxicaciones			
Complicaciones hematológicas			
Patología Infecciosa			
Trastornos Inmunitarios			
Soporte Nutricional			
Bioestadística			
Bioética			
Epidemiología			
Economía en Salud			
Procedimient	Accesos sanguíneos centrales		
	Monitoreo PIC		
	Quirúrgicos mínimos		
	Otro		

### **Carcaterísticas de la unidad**

Terapia Intensiva Nivel	
N° de camas	
Promedio de días de estadía	
N° de pacientes con trauma severo al año	
N° de pacientes con cirugía cardiovascular al año	
N° de pacientes neurológicos/neuroquirúrgicos al año	
N° de pacientes con ARM al año	

### **Actividades de Guardia**

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

Supervisión con la que cuenta: .....

### **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

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: