# Programa de Categorización

# de Servicios de Cirugía Pediátrica

Completar el formulario. Imprimir, firmar al pie y enviar por correo  
a Sánchez de Bustamante 305 PB1 C.A.B.A. CP 1173

Datos Del Hospital:

Nombre:

Domicilio:

Teléfono:       Fax:       Celular:

E-mail:

¿A qué dependencia pertenece?

Municipalidad

Provincial

Nacional

Universitario

Hospital de comunidad

Obra Social

Privado

1- La Institución donde asienta este Servicio de Cirugía Pediátrica ¿cuenta con la habilitación sanitaria otorgada por el Ministerio o Secretaría de Salud correspondiente?

SI  NO

2- Cuál es la designación específica del Servicio de Cirugía Pediátrica dentro de la Institución

3- Con cuántos médicos de planta cuenta el Servicio?

< 4  5-10  11 –15  >15

#### 4- Defina cuántos realizan guardia activa o pasiva:

5- ¿Cuántos médicos de guardia cumplen, además, horario en el servicio?

< 4  5-10  11 –15  >15

6- Cuenta el servicio con normas escritas para la atención y seguimiento de los principales síndromes agudos?

SI  NO

7- Cuántas recorridas de Sala se efectúan por semana?

1  2  3  4  >4

Detallar:

8- Las Historias Clínicas del servicio se efectúan de acuerdo con normas escritas, conocidas y aceptadas?

SI  NO

9- Las Historias de los pacientes internados se actualizan diariamente?

SI  NO

10- Cuenta la Institución con Historia Clínica única?

SI  NO

11- Puede recuperar Historias del Archivo Central durante las 24 horas?

SI  NO

12- Detalle las funciones asignadas y el número de profesionales que se desempeñan:

Médicos de planta

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| CARGO | NOMBRE Y APELLIDO | HORARIO | SOCIO  ACACIP | OTRAS ENTIDADES CIENTIFICAS | POSICION DOCENTE |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

TOTAL

#### 13- PLANTEL DE MÉDICOS RESIDENTES

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| CARGO | NOMBRE Y APELLIDO | HORARIO | SOCIO  ACACIP | OTRAS ENTIDADES CIENTIFICAS | POSICION DOCENTE |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

TOTAL

#### 14- PLANTEL DE MÉDICOS EN FORMACION

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| CARGO | NOMBRE Y APELLIDO | HORARIO | SOCIO  ACACIP | OTRAS ENTIDADES CIENTIFICAS | POSICION DOCENTE |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

TOTAL

15- Cuál es el número de cirugías por año??

<500  501-1000  1001-1500  1501-2000  2001-3000  >3000

16- Cuál es la incidencia de infección hospitalaria del último período?

1 - 5 %  6 - 10 %  11 – 15 %  16 – 20%

17- Cuál es el índice de mortalidad del último período?

< 1%  2 – 4 %  5 – 10 %  16 – 20 %  < 21%

18- Cuántas necropsias se efectuaron en el último año?

0  1 – 10  11 – 20  31 – 40  > 41

19- Existe Departamento de Estadística?

SI  NO

20- Publica periódicamente los datos elaborados

SI  NO

21- Los consultorios externos con que cuenta son adecuados para los pacientes en número y condiciones de privacidad e higiene?

SI  NO

Comentarios:

22- La consulta externa es programada?

SI  NO

23- Tiene consultorios de demanda espontánea

SI  NO

24- El servicio cuenta con enfermería entrenada en el control de pacientes quirúrgicos en todos los turnos

SI  NO

25- Cuántos Ateneos mensuales se llevan a cabo en el servicio?

1  2  3  4  >5

26- Cuántos Ateneos interdisciplinarios se llevan a cabo anualmente?

1  2  3  4  >6

27- La concurrencia a los Ateneos es obligatoria para los médicos del Servicio?

SI  NO

28- La Institución cuenta con anestesiólogos en número adecuado para atender la demanda actual?

SI  NO

29- Cuenta con anestesiólogos que desempeñan guardias activas de 24 horas?

SI  NO

30- ¿El área quirúrgica (quirófano), es adecuada para la demanda y la complejidad que atiende?

SI  NO

31- La actividad está coordinada por un profesional?

SI  NO

32- Cuenta con un área destinada durante las 24 hs. a la recuperación anestésica?

SI  NO

33- ¿Existe planificación adecuada de la circulación (áreas limpia y sucia, zona de transferencia de camillas, personal y pacientes)?

SI  NO

34- La unidad de terapia intensiva pediátrica cuenta con normas médicas y de enfermería escritas, conocidas y respetadas?

SI  NO

34.1- Los pacientes que ingresan a dicha unidad son calificados mediante algún sistema de índices (PRISM o similar)?

SI  NO

34.2- ¿Esta área cuenta con recurso humano (médico, técnico y de enfermería) adecuado a las demandas actuales?

SI  NO

35- La unidad de terapia intensiva neonatal cuenta con normas médicas y de enfermería escritas, conocidas y respetadas?

SI  NO

35.1- Los pacientes que ingresan a dicha unidad son calificados mediante algún sistema de índices?

SI  NO

35.2- ¿Esta área cuenta con recurso humano (médico, técnico y de enfermería) adecuado a las demandas actuales?

SI  NO

##### 36- Para el caso que la institución sea un Hospital general de adultos y niños, conteste las siguientes preguntas:

36.1- La Institución cuenta con guardia activa en especialidades básicas?

|  |
| --- |
| a. CLÍNICA  SI  NO |
| b. PEDIATRÍA  SI  NO |
| c. OBSTETRICIA  SI  NO |
| d. CIRUGÍA  SI  NO |

36.2- La Institución cuenta durante las 24 horas con servicios adecuados a las necesidades en:

|  |  |
| --- | --- |
| a. LABORATORIO | SI  NO |
| b. RADIOLOGÍA | SI  NO |
| c. HEMOTERAPIA | SI  NO |
| d. ECOGRAFÍA | SI  NO |
| e. CAMARA GAMMA | SI  NO |
| f. TAC | SI  NO |
| g. RMI | SI  NO |
| h. ANGIOGRAFÍA | SI  NO |

36.3- La Institución cuenta con servicio de terapia radiante?

SI  NO

36.4- Que servicios cuentan con residencia?

**SERVICIO RESIDENCIA**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **SI** | **NO** | **Nº DE PLAZAS** |
| Anatomía Patológica |  |  |  |
| Anestesiología |  |  |  |
| Bioquímica |  |  |  |
| Cardiología |  |  |  |
| Cirugía general |  |  |  |
| Cirugía cardiovascular |  |  |  |
| Cirugía pediátrica |  |  |  |
| Cirugía plástica |  |  |  |
| Clínica Médica |  |  |  |
| Ginecología |  |  |  |
| Hematología |  |  |  |
| Kinesiología |  |  |  |
| Neurocirugía |  |  |  |
| Neurología |  |  |  |
| Obstetricia |  |  |  |
| Odontología |  |  |  |
| Oftalmología |  |  |  |
| Oncología |  |  |  |
| Ortopedia y Traumatología |  |  |  |
| Otorrinolaringología |  |  |  |
| Pediatría |  |  |  |
| Psicología Médica |  |  |  |
| Psiquiatría |  |  |  |
| Radiología |  |  |  |
| Terapia Intensiva |  |  |  |
| Urología |  |  |  |
| Terapia física |  |  |  |
| OTRAS |  |  |  |

##### 

##### 36.5- Los pacientes pediátricos atendidos cuentan con la posibilidad de un tratamiento completo en la institución sin necesidad de derivación a centros con servicios pediátricos de mayor complejidad

SI  NO

##### 37- Para el caso que la institución sea un Hospital Pediátrico, conteste las siguientes preguntas:

37.1- La Institución cuenta durante las 24 horas con servicios adecuados a las necesidades en:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| LABORATORIO | SI |  | NO |  |
| RADIOLOGÍA | SI |  | NO |  |
| HEMOTERAPIA | SI |  | NO |  |
| ECOGRAFIA | SI |  | NO |  |
| CAMARA GAMMA | SI |  | NO |  |
| TAC | SI |  | NO |  |
| RMI | SI |  | NO |  |
| ANGIOGRAFIA | SI |  | NO |  |

38- Cuenta con programa de cirugía experimental?

SI  NO

39- Existe Comité de Residencia?

SI  NO

40- Existe Comité de Historias Clínicas?

SI  NO

41- Existe Comité de Infecciones?

SI  NO

42- La Institución cuenta con Comité de Farmacia que actualiza normas de utilización de medicamentos?

SI  NO

43- Existe en la Institución Comité de Docencia?

SI  NO

44- Existe en la Institución Comité de Ética?

SI  NO

45- En el Servicio, ¿se efectúa docencia de pregrado de medicina?

SI  NO

46- Otros Servicios de la Institución efectúan docencia de pregrado de medicina?

SI  NO

47- Funciona una Unidad Docente Hospitalaria en la Institución?

SI  NO

48- El Servicio efectúa actividad docente de pre o posgrado para enfermería o instrumentadoras?

SI  NO

49- Dispone de Servicio de Nutrición y Dietista?

SI  NO

50- En la Institución existe un plan de catástrofes?

SI  NO

51- Se efectúan simulacros en forma periódica?

SI  NO

52- Está integrado al programa de Defensa Civil?

SI  NO

53- La Institución cuenta con Servicio Social?

SI  NO

54- Existe área de Seguridad e Higiene Laboral?

SI  NO

55- La Institución cuenta con Biblioteca Médica?

SI  NO

56- Cuántas publicaciones vinculadas a la especialidad se reciben anualmente?

1 – 5  6 – 10  11 – 20  > 20

57- Cuenta con acceso a banco de datos informativos?

SI  NO

58- Existe en la Institución un Área de Recursos Humanos con legajo de los agentes y que incluye la certificación de la capacitación y especialización?

SI  NO

(no completar)

FECHA DE EVALUACIÓN:      /     /

EVALUADORES: