

COMISION PERMANENTE DE RESIDENCIAS
CONSEJO ASESOR DIRECTIVO
Formulario de presentación para Apertura de Residencias
Ley 7857, Decr 340

Fecha de presentación:...../...../.....

I- MARCO INSTITUCIONAL

I.A-INFORMACIÓN GENERAL DE LA INSTITUCIÓN

I.A.1- Nombre del Establecimiento o Área Departamental de Salud:

Hospital: General- Monovalente

I.A.2- CODIGO SIISA:

I.A.3- CODIGO DE REGISTRO PROVINCIAL DE SALUD:

I.A.4- Complejidad:Hospital: baja (Nivel I) mediana (Nivel II y III) alta (Nivel IV)
CAPS (A,B,C,D)

I.A.5- Dependencia (Sector / Jurisdicción):

Privado: Estatal: Provincial Nacional
Autogestión Gestión centralizada Seguridad Social / Mutualismo

I.A.6- Nombre de la Residencia:

I.A.7- Duración: años Marcar: Primer nivel Segundo nivel

I.A.8- En el caso de que sea de segundo nivel, ¿cuál es la especialidad básica requerida?:

I.A.9- Nombre del responsable de la Residencia o Director del Programa:

Adjunte **Curriculum vitae** abreviado en la presentación en formato digital (DVD-CD).

I.A.10- Nombre de los Instructores formales o designados (si los hubiere):

-
-
-

I.A.11- Nombre de los Instructores de hecho:

| |
|---|
| - |
| - |
| - |

I.B- ESTRUCTURA INSTITUCIONAL

I.B.1- Misión Institucional

| |
|--|
| |
|--|

I.B.2- Organigrama de la Institución: adjuntar una copia.

Información general de la Institución

¿El Establecimiento o Área Departamental de Salud posee un sistema permanente de registro de morbi-mortalidad? SI - NO

¿La Institución recibe profesionales en formación bajo otros regímenes formalizados (convenios con universidades, becas de extranjeros, otros)? SI - NO

Complete el siguiente cuadro señalando las Especialidades que reciben Rotantes en la Institución y la cantidad, la procedencia y si poseen convenio – acuerdos – otro **modo de formalización para llevar a cabo la rotación** (agregue tantas filas como sea necesario)

| ESPECIALIDADES | CANTIDAD DE ROTANTES | INSTITUCION | MODO DE FORMALIZACION* |
|----------------|----------------------|-------------|------------------------|
| | | | |

**convenio, acuerdo, autorización interinstitucional, otras formas*

I.B.3- Información estadística de la Institución

| | |
|---|--|
| Número total de Ingresos (hospitalarios): | |
| Número total de egresos (hospitalarios): | |
| Número total de Consultas Ambulatorias: | |
| Número Consultas de guardia: | |
| Número total de camas de Internación: | |
| Número total de camas habilitadas: | |
| Número de consultorios ambulatorios | |
| Guardias externas (detalle las especialidades): | |
| Guardias internas (detalle las especialidades): | |
| N° de quirófanos generales: | |
| N° de quirófanos de guardia | |
| N° de camas de terapia Intensiva: | |
| N° de camas de terapia cardiovascular | |
| Detalle otras terapias del efector: | |



| | |
|---|--|
| | |
| N° de camas de unidades intermedias: | |
| N° de camas de Unidad coronaria: | |
| Detalle otros servicios del efector (no auxiliares) | |

Servicios Diagnósticos /Auxiliares

| Servicios (marque con X) | | Disponibilidad | Interna | Externa | NO | Horario |
|--|---------------------|----------------|---------|---------|----|---------|
| Laboratorio clínico central general | | | | | | |
| Laboratorio clínico de guardia | | | | | | |
| Raxos X | | | | | | |
| TAC | | | | | | |
| TAC helicoidal | | | | | | |
| RMN | | | | | | |
| Departamento o servicio de Anatomía Patológica | | | | | | |
| Medicina transfusional / hemoterapia | | | | | | |
| Morgue | | | | | | |
| Autopsias | N°/año: | | | | | |
| Cirugía experimental | | | | | | |
| Servicio de Ambulancias | Propio | | | | | |
| | Contratado | | | | | |
| Servicio de Farmacia | 8 hs. de cobertura | | | | | |
| | 12 hs. de cobertura | | | | | |
| | 16 hs. de cobertura | | | | | |
| | 24 hs. de cobertura | | | | | |

Fuente de donde se obtiene la información:

I.B.4- COMITÉS

Comités asesores

| (marque con X) | Si | Fecha de última reunión |
|---|----|-------------------------|
| Comité de Historias clínicas | | |
| Comité de Infecciones | | |
| Comité de Oncología | | |
| Comité de Bioética | | |
| Comité de Docencia e Investigación | | |
| Comité de ética en Investigación científica | | |
| Área o Servicio de Estadística | | |
| Comité de Farmacoterapéutica o Farmacia y Terapéutica | | |
| Comité de Riesgo y catástrofe | | |
| Comité de mortalidad | | |

CONSEJO ASESOR DIRECTIVO
COMISION PERMANENTE DE RESIDENCIAS
Ministerio de Salud, Desarrollo Social y Deportes

MENDOZA
GOBIERNO



| | |
|--------|----------|
| Otros: | Detalle: |
|--------|----------|

Comité de Docencia e Investigación

Días y Horario de reuniones:

| Nombre y Apellido de los integrantes | Cargo en el Comité | Especialidad | Formación docente Formación en investigación Aclarar: SI- NO Formal (Ej:Carrera de posgrado) o Informal |
|--------------------------------------|--------------------|--------------|--|
| | | | |
| | | | |

En nota adjunta presentar los profesionales en relación del Comité aclarando Nombre y Apellido, DNI, correo electrónico y firma de que acepta participar en la formación de los Residentes. Del Presidente del comité le solicitamos además telf. de contacto.

I.C. CARACTERÍSTICAS DEL SERVICIO

Servicio de:

Organigrama. Adjuntar.

Jefe de Servicio Nombre completo

| |
|--|
| |
|--|

¿Tiene formación en gestión en salud? SI-NO

*Si el Jefe de Servicio no es el Director de la Residencia (punto I.A.9) adjunte **Curriculum vitae** abreviado en la presentación en formato digital (DVD-CD).*

Indique el número de especialistas del servicio y explicito el número directamente relacionado con la Residencia presentada.

| | N° total | N° relacionado con la Residencia |
|----------------------------------|----------|----------------------------------|
| Profesionales (**) | | |
| Otros Especialistas | | |
| Enfermeros universitarios | | |
| Licenciados en Enfermería | | |
| Auxiliares de Enfermería | | |
| Técnicos | | |
| Administrativos | | |
| Otros: | | |

(**) Ejemplo: Residencia de Clínica Médica: Profesionales clínicos. En otros especialistas aclarar nefrólogos, endocrinólogos, otros.

En nota adjunta presentar los profesionales en relación con la Residencia aclarando Nombre y Apellido, DNI, correo electrónico y firma de que acepta participar en la formación de los Residentes. (Se debe aclarar esta información en relación a todos los escenarios por los que se transite durante la Residencia, intra y extra sede).

I.C.1- INTERNACIÓN del SERVICIO

| | |
|--|--|
| Número total de camas de internación: | |
| Número total de Ingresos x año: | |
| Número total de egresos x año: | |
| Porcentaje ocupacional: | |
| Promedio de permanencia (días) | |
| Giro cama: | |
| Interconsultas realizadas (x mes, x año – aclarar) | |

SECTOR AMBULATORIO del SERVICIO Residencias de Primer Nivel

- Nº Total de consultorios de la especialidad:
- Número total de Consultas ambulatorias:
 Por mes: Por año:

I.C.2- SECTOR AMBULATORIO Completar si se trata de Residencia de Segundo Nivel

Nº Total de consultorios de la especialidad:

I.C.2.1- Número total de Consultas ambulatorias de la especialidad:

Por mes: Por año:

I.C.2.2- Otras Prácticas del SERVICIO:

| |
|-------------|
| - - - |
|-------------|

| El servicio trabaja bajo un sistema de calidad total? | SI | NO |
|---|----|----|
| Consigne al menos 3 indicadores de calidad que utiliza en la practica: - - - | | |
| Realiza algún tipo de encuesta de satisfacción a los pacientes (marque con X) | SI | NO |
| Atención recibida en servicio | | |
| Relación medico-paciente | | |
| Información precisa sobre su atención | | |
| Aspectos administrativos | | |
| Celeridad de atención | | |
| Otros | | |

I.C.3- DOCENCIA del SERVICIO

I.C.3.1- Docencia de grado

Aclarar materia o especialidad, Facultad y Universidad. Aclarar si existe o *Sin antecedentes*

| MATERIA | FACULTAD | UNIVERSIDAD |
|---------|----------|-------------|
| | | |
| | | |
| | | |

I.C.3.2- Docencia de Posgradodel SERVICIO(además de la Residencia presentada):

Indicar Carrera de posgrado de Especialización – Maestría –Doctorado: Aclarar si existe o *Sin antecedentes*

| POSGRADO | FACULTAD | UNIVERSIDAD |
|----------|----------|-------------|
| | | |
| | | |
| | | |

I.D- CARACTERÍSTICAS DE LA RESIDENCIA PRESENTADA

I.D.1- PERFIL DEL RESIDENTE (escriba en forma clara y precisa el perfil de profesional que espera formar con el programa por competencias que se ha establecido)

I.D.2- Describa sintéticamente cuáles son las acciones para lograr el Perfil propuesto (al menos 5):

-

-

-

I.D.3- Antecedentes de la Residencia

Previo a la apertura de la Residencia, ¿se realizó algún tipo de investigación sobre necesidades de formación de recursos humanos en esa área de especialidad? Especificar:

-

-

Se han realizado discusiones sobre la capacidad de formación o factibilidad formativa de recursos humanos en dicha especialidad para la apertura de la residencia. Especifique.

-

-

-

Existe algún estudio/trabajo que explicita los objetivos y el papel del residente y defina su accionar en la situación social de salud en el momento de apertura de la Residencia. Especifique.

-

I.D.4- Residencias de la Institución

Si existen o si se presentan otras Residencias de la sede: aclarar.

| Especialidades | 1° Nivel | 2° Nivel | Duración | N° Residentes |
|----------------|----------|----------|----------|---------------|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

I.D.5- Ámbitos de desempeño del Residente

Indique en cuales de los ámbitos que se señalan a continuación realizará el Residente sus actividades.

Sector **internación del SERVICIO**

* Número de pacientes internados estrechamente relacionados con los Residentes. Planificación de número de pacientes por Residente

Sector **ambulatorio del SERVICIO**

* Número de consultas mensuales estrechamente relacionados con los Residentes. Planificación de número de pacientes por Residente

Participación de los Residentes en interconsultas

| Otros ámbitos de desempeño (marque con X) | 1º año | 2º año | 3º año | 4º Año | Cantidad de pacientes/ prestaciones por semana/ Residente |
|--|-----------|-----------|-----------|-----------|---|
| Unidad de Cuidados Intensivos | | | | | |
| Centros de Salud (CAPS) | | | | | |
| Emergencias – Guardia Externa | | | | | |
| Sala de internación de otras especialidades | | | | | |
| Quirófanos | | | | | |
| Contratos o Prestaciones fuera de la Residencia presentada | | | | | |
| Actividad comunitaria | | | | | |
| Áreas internas del servicio (residencias no médicas) | | | | | |
| Otros ámbitos (escuela, guarderías, OSC, otros, áreas de elaboración, farmacia, laboratorios,...:aclarar...) | | | | | |

Explique brevemente el papel del Residente en el Hospital (Institución)

Explique brevemente el papel del Residente en la Comunidad



¿Participaran los Residentes en los siguientes niveles de atención? (marque con X)

| | 1° año | 2° año | 3° año | 4° año |
|-------------------|--------|--------|--------|--------|
| PRIMARIA | | | | |
| SECUNDARIA | | | | |
| TERCIARIA | | | | |

Señale en orden decreciente, al menos, 5 (cinco) **diagnósticos más frecuentes** que el Residente tiene oportunidad de ver en el Servicio en:

a-Consultorio externo

| |
|---|
| - |
| - |
| - |
| - |
| - |

b- Internación

| |
|---|
| - |
| - |
| - |
| - |
| - |

c- Urgencias (guardias activas y pasivas)

| |
|---|
| - |
| - |
| - |
| - |
| - |

d- Intervenciones quirúrgicas(si corresponde)

| |
|---|
| - |
| - |
| - |
| - |
| - |

e- Otros ámbitos en relación a los distintos escenarios de formación.

Indique la forma en la que el Residente tendrá acceso a solicitar los servicios de interconsulta:

Dentro del Centro Asistencial:

| | |
|-----------|-----------|
| SI | NO |
| | |

Telefónicas:

| | |
|-----------|-----------|
| SI | NO |
|-----------|-----------|



| | |
|--|--|
| | |
|--|--|

A través de servicios externos:

| SI | NO |
|----|----|
| | |

A qué **servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento** tiene **acesolas 24 hrs?**
 (marque con X)

| Servicios | Si | No |
|-------------------------------------|------------|----|
| Laboratorio clínico central general | | |
| Laboratorio clínico de guardia | | |
| Raxos X | | |
| Ecografías | | |
| TAC | | |
| TAC helicoidal | | |
| RMN | | |
| Hemoterapia | | |
| Hemodiálisis | | |
| Servicio de Ambulancias | Propio | |
| | Contratado | |
| Servicio de farmacia | | |
| Otros | | |

I.D.6- IDENTIFICACIÓN DE PROBLEMAS LOCALES / NACIONALES DE SALUD - ENFERMEDAD

¿Lleva el Establecimiento o Área Departamental. de Salud un sistema permanente de registro de morbi-mortalidad?

| SI | NO |
|----|----|
| | |

¿Analizaran sistemáticamente los residentes, conjuntamente con sus docentes o instructores, los problemas de salud-enfermedad identificados por el Establecimiento o Área Departamental de Salud?

| SI | NO |
|----|----|
| | |

¿Analizaran y compararan sistemáticamente los problemas de salud y las estadísticas locales con las nacionales y/o mundiales?

| SI | NO |
|----|----|
| | |

Tipos de análisis que realizaría con mayor frecuencia:



| | |
|------------------|--|
| Estudio de casos | |
| Individual | |
| Social | |
| Ninguno | |

Marque las categorías de análisis que más frecuentemente utilizan para el estudio de problemas de salud-enfermedad. Ordene del 1 al 11 según frecuencia (1 el más frecuente).

| | |
|--------------|--|
| Clínicas | |
| Políticas | |
| Económicas | |
| Sociales | |
| Culturales | |
| Estadísticas | |
| Biológicas | |
| Psíquicas | |
| Educativas | |
| Sanitarias | |
| Éticas | |

Utilizará el programa de Residencia alguna bibliografía que permita identificar problemas de salud-enfermedad de carácter:

| | |
|---------------|--|
| Local | |
| Provincial | |
| Regional | |
| Nacional | |
| Internacional | |

Identifique la(s) bibliografía(s) utilizada(s) de manera sistemática:

| Bibliografía | Año de publicación |
|--------------|--------------------|
| | |
| | |

I.D.7- REGIMEN DE TRABAJO (aclarar de 1° a 4° año)

| | 1° | 2° | 3° | 4° |
|--|----|----|----|----|
| ¿Cuántas horas semanales (en total) fueron reglamentadas en este programa de Residencia? | | | | |
| De estas horas, ¿cuántas se dedicarán a actividades docentes de tipo teórica? | | | | |
| ¿Cuántas horas se dedicarán a prácticas asistenciales? | | | | |
| ¿Cuántas horas se dedican a trabajos administrativos? | | | | |

Guardias

| | 1° | 2° | 3° | 4° |
|---|----|----|----|----|
| Cuántas guardias semanales se realizaran? | | | | |
| De cuántas horas es la guardia? | | | | |

Guardias – Descanso

¿Se ha establecido el periodo de descanso pos guardia? Si la respuesta es SI, aclarar cómo se llevará a cabo

| SI | NO |
|----|----|
| | |

Especificar

Los residentes dedicarán la mayor parte de su tiempo asistencial a (escriba en porcentaje de tiempo):

| Actividad | % |
|-------------------------------------|---|
| Prevención | |
| Asistencial Internación | |
| Asistencial Ambulatorio | |
| Rehabilitación | |
| Producción (Residencias no medicas) | |

I.D.8- ESPACIO PARA ALOJAMIENTO Y DOCENCIA

Especifique las características básicas del espacio para alojamiento *(si dispone de lugar, n° de camas, cualquier otra característica que considere necesaria)*

| |
|---|
| - |
|---|

Espacios destinados al desarrollo de actividades de enseñanza-aprendizaje de la Residencia:

| | |
|-------------------------|--|
| Aula | |
| Baños | |
| Mobiliario | |
| Sala de estudio/reunión | |
| Dormitorio | |
| Comedor | |
| Biblioteca | |

Caracterice la biblioteca de la residencia

.....

Cuenta (o tiene fácil acceso) la Residencia a (marque con una x):

| | |
|---|--|
| Acceso de internet | |
| Acceso a centros de información especializada objetivos | |
| Pizarrón | |
| Retroproyector | |
| Fotocopiadora | |
| Televisor | |
| videograbadora | |
| DVD | |
| cañón de multimedia | |
| Computadora | |
| Otros: | |
| - | |
| - | |

CONSEJO ASESOR DIRECTIVO
COMISION PERMANENTE DE RESIDENCIAS
Ministerio de Salud, Desarrollo Social y Deportes

MENDOZA
GOBIERNO



| | |
|---|--|
| - | |
| - | |

II- PROPUESTA DE FORMACIÓN

II.A- ASPECTOS FORMATIVOS Y PEDAGÓGICOS

II.A.1- Curriculum

Presente el Programa de la Residencia en Aprendizaje Basado en Competencias (Res. Ministerial N° 000885). Agregue como ANEXO una copia del programa a este formulario.

¿Existe un **Plan de Actividades** que sirva de guía de las actividades de enseñanza-aprendizaje

| | |
|-----------|-----------|
| Si | No |
| | |

Agregue como ANEXO una copia a este formulario en el CD o DVD

II.A.2- Guías – Manuales

¿Existe un **Manual de Procedimientos de la Residencia?**

| | |
|-----------|-----------|
| Si | No |
| | |

Si existe, agregue una copia como ANEXO en la presentación en formato digital (DVD-CD).

¿Existe **Guía de Conductas Diagnósticas y Terapéuticas?**

| | |
|-----------|-----------|
| Si | No |
| | |

Última fecha de actualización:

Si existe, agregue una copia como ANEXO en la presentación en formato digital (DVD-CD).

¿Existe una **Guía Farmacoterapéutica o Vademecum** en su sede?

| | | |
|-----------|-----------|-------------------------------|
| si | No | Fecha de actualización |
| | | |

Si existe, agregue una copia como ANEXO en la presentación en formato digital (DVD-CD).

II.A.3- Supervisión de los residentes

| Las actividades de supervisión se realizaran durante: | Si | No | Siempre | A veces | Nunca | Responsable |
|--|-----------|-----------|----------------|----------------|--------------|--------------------|
| Pase de guardia | | | | | | |
| Recorrida pacientes internados | | | | | | |
| Recorrida pacientes ambulatorios | | | | | | |
| Tarea asistencial | | | | | | |
| Quirófano | | | | | | |

| | | | | | | |
|----------|--|--|--|--|--|--|
| Guardias | | | | | | |
|----------|--|--|--|--|--|--|

Número de horas de supervisión por día:

| | |
|--------------------------------|--|
| Menor a 4 hrs. por día | |
| Igual o mayor a 4 hrs. por día | |

¿Existe planificación de **registro formal** de las actividades desarrolladas por los Residentes? (Diario del Residente)

| | |
|-----------|-----------|
| Si | No |
| | |

II.B- DOCENTES Y FORMADORES

II.B.1- Equipo de salud que da marco a la actividad docente de la Residencia

Profesionales

| | |
|--|--|
| Número de profesionales de planta afectados a la función pedagógica: | |
| Número de profesionales de planta que han recibido entrenamiento para ser instructores-docentes: | |
| Número de profesionales del servicio que están certificados o recertificados en la especialidad de la Residencia que se presenta | |
| Número de profesionales de planta que son docentes regulares en Unidades directamente relacionadas a la especialidad: | |

Promedio de carga horaria (en hs.) de trabajo semanal/mensual de los profesionales de planta:

| |
|--|
| |
|--|

¿Existe remuneración por la función docente relacionada a la residencia por parte del efector?

| | |
|-----------|-----------|
| Si | No |
| | |

¿Con que otros profesionales del equipo de salud se relacionan directamente con los profesionales del servicio y comparten actividades del mismo?

| |
|---|
| - |
| - |
| - |
| - |

Instructores / docentes de la Residencia, ¿evalúan **entre ellos** habitualmente el proceso educativo que desarrollan?

| | |
|-------------------|-----------|
| Si | No |
| | |
| FRECUENCIA | |



| | |
|-----------|--|
| Semanal | |
| Quincenal | |
| Mensual | |
| Semestral | |
| Anual | |

¿Realizará la Residencia actividades que permitan la discusión entre Residentes y Docentes / Instructores sobre el desarrollo del proceso educativo?

| | |
|-----------|-----------|
| Si | No |
| | |

II.B.2- EDUCACIÓN PERMANENTE DE LOS FORMADORES

Nombre y Apellido del Instructor de Residentes:

Horario que cumple:

Currículum vitae abreviado en la presentación en formato digital (DVD-CD).

¿Los Jefes/ Instructores de Residentes asisten a programas de capacitación pedagógica?

| | |
|-----------|-----------|
| Si | No |
| | |

Indique la cantidad de profesionales formadores que han asistido a una capacitación

| | |
|--------------------|--|
| Pedagógica | |
| De la especialidad | |
| TICs | |
| Gestión de salud | |
| Investigación | |

¿Realizó el Servicio algún programa de Educación continua para docentes?

| | |
|-----------|-----------|
| Si | No |
| | |

Especificar

| |
|--|
| |
|--|

¿Manejan los docentes / instructores programas de gestión, Internet, otros?

| | |
|-----------|---------------|
| Si | Cuáles |
| | |



II.C- PRODUCCIÓN CIENTÍFICA DE LA RESIDENCIA

¿Realiza el Servicio investigaciones cada año?

| Si | No |
|----|----|
| | |

¿Conocen los profesionales del servicio el marco normativo provincial y nacional que rigen las investigaciones en salud?

| Si | No |
|----|----|
| | |

¿Conocen los profesionales del servicio el Registro Provincial de Investigaciones en salud?

| Si | No |
|----|----|
| | |

¿Ha inscripto las investigaciones en el mismo?

| Si | No |
|----|----|
| | |

En promedio, ¿cuántas investigaciones, **discriminadas por tipo**, son realizadas por año?
Marque con una x, el SUB-TIPO DE INVESTIGACIONES realizadas en los últimos 3 años:

| | SI | Cuántas? |
|----------------------|----|----------|
| Estudios de cohorte: | | |
| Casos y controles: | | |
| Corte transversal: | | |
| Serie de casos: | | |
| Ensayo Clínico: | | |
| Epidemiológicas: | | |
| Otras: | | |

¿Se presentan las investigaciones en reuniones científicas, congresos, cursos?

| Si | No |
|----|----|
| | |

Número de Invest. publicadas o presentadas en los últimos 3 años

Nombrar algunas de las revistas donde se publicaron

-
-
-
-



Nombrar algunas de los eventos donde fueron presentados:

-
-
-

II.D- ASPECTOS ADMINISTRATIVOS Y FINANCIEROS

Horarios de la Residencia

| <i>Día</i> | <i>Horario</i> |
|------------|----------------|
| Lunes | |
| Martes | |
| Miércoles | |
| Jueves | |
| Viernes | |
| Sábados | |
| Domingos | |

Indique la retribución mensual bruta del Residente planificada:

| Residente | Retribución |
|--|-------------|
| 1° año | |
| 2° año | |
| 3° año | |
| 4° año | |
| Jefe de Residentes/ Instructor de Residentes | |

¿Contará la Residencia con presupuesto propio?

| Si | No |
|----|----|
| | |

¿Cuál es el presupuesto anual que maneja la Residencia?

\$

¿Qué condiciones laborales tendrá el Residente?

| TIPO DE CONTRATO- Beca- Planta temporaria-otra | ORGANO FINANCIADOR |
|---|--------------------|
| - | - |
| - | - |
| - | - |



Marque las condiciones y coberturas del Residente planificadas:

| | Si |
|--|-----------|
| Seguro de Mala praxis | |
| Seguro de Vida | |
| Cobertura social | |
| Licencia por maternidad | |
| Licencia por enfermedad | |
| Licencia ordinaria | |
| Comida | |
| Provisión de uniforme y/o guardapolvos | |

¿Tienen los Residentes planificado certificado de Buena Salud?

| Si | No |
|-----------|-----------|
| | |

¿Está previsto revisión sanitaria anual?

| Si | No |
|-----------|-----------|
| | |

¿Se les proveerá de un plan de vacunación?

| Si | No |
|-----------|-----------|
| | |

Importante:

- Este formulario debe ser completado solamente en los recuadros, no se tomará otro texto fuera de los mismos. *Puede imprimirse en doble faz.*
- **Debe acompañarse de una “Nota de petición de apertura”.**

Toda esta documentación y el **Programa por Competencias** debe ser firmado por el Jefe de Servicio / Jefe de Departamento, Presidente del Comité de Docencia e Investigación y Director Ejecutivo de la Institución.

Deberá anexarse al presente, la siguiente documentación **en soporte digital**:

Organigrama del efector y del servicio.

Normas y reglamentos/manuales de procedimiento internos del servicio.

CV de JEFE DE SERVICIO e INSTRUCTOR de RESIDENTES Abreviado (Máximo 5 carillas).

Fecha límite:

31 de octubre de cada año para los Programas que acompañen las solicitudes de creación de Residencias (Ley 7857, artículo 17).

30 de Noviembre de cada año para los Programas de las Residencias en funcionamiento (Ley 7857, artículo 22).

ANEXO I

Fuente: Ministerio de Salud de la Nación

IMPORTANTE:

COMPLETAR SOLO EN CASO DE ESPECIALIDADES QUIRURGICAS

Enumere:

1-Número de cirujanos de Planta:

2-¿Cómo está compuesto el equipo de quirófano? Detallar cantidad de personal

| | Cantidad |
|-----------------------|----------|
| Anestesiólogos: | |
| Cirujanos: | |
| Técnicos de quirófano | |
| Otros ¿Cuáles? | |
| | |

3-Cantidad de quirófanos de urgencia (...)

4-Cantidad de quirófanos generales (...)

5-Cantidad de quirófanos de asepsia especial (...)

¿Los quirófanos son propios o compartidos con otra especialidad?

SI (...) NO (...)

6- Salas de recuperación:

7-En caso de compartirlo indique con qué especialidades lo hace

.....

8-Enumere el Promedio de operaciones mensuales:

a-Programadas:.....

b-De urgencia:.....

c-Total:.....

9-Enumerar Cantidad de operaciones anuales que realizará el residente:

| | Cirugía Menor | Cirugía Mediana | Cirugía Mayor | Cirugía de alta complejidad |
|-------|---------------|-----------------|---------------|-----------------------------|
| 1 año | | | | |
| 2 año | | | | |
| 3 año | | | | |
| 4 año | | | | |
| 5 año | | | | |

10-Enumere los 5 Diagnósticos de internación más frecuentes en cirugía:

.....

11- Indique el Promedio día / cama de Internación:

.....

12-Explique brevemente cómo se ha planificado el acercamiento a la práctica quirúrgica por parte de los residentes

.....



.....
.....
13-Explique qué estrategias de enseñanza utilizarán los docentes para el aprendizaje de las prácticas quirúrgicas

.....
.....
14-Explique los cuidados de salud que recibirá el residente en las prácticas quirúrgicas

.....
15-Intervenciones Laparoscópicas:

A-Cantidad de cirugías:.....

B-Describir la planificación en relación al acercamiento a la técnica por parte del residente

.....
.....
16-¿Tendrán los Médicos y Residentes, certificado de buena salud y revisión sanitaria anual, así como vacunación antitetánica y contra virus de Hepatitis?

.....
17-Cantidad de autopsias:..... Total.....

1 Año:.....

2 Año:.....

3 Año:.....

4 Año:.....

18-Cantidad de cirugía experimental..... Total.....

19-Cantidad de disecciones:..... Total.....

20-Normalización escrita de procedimientos:.....SI.....NO.....

Describir.....

.....
.....
Se puede sumar una copia al CD o DVD

21- ¿De qué manera se evaluarán los aprendizajes en las actividades quirúrgicas?

.....
.....
22-¿Quiénes evaluarán los aprendizajes en las actividades quirúrgicas?

.....
.....
23- Existe una normativa para contralor de la seguridad del paciente en el ámbito quirúrgico (ej: prevención de infecciones sitio quirúrgico, mantenimiento de recursos tecnológicos,...)

.....
.....
24- Existe un protocolo de evaluación pre-quirúrgica de los pacientes