

TRAUMATOLOGÍA Y CIRUGÍA ORTOPÉDICA

I DATOS ASISTENCIALES NUMÉRICOS

II INFRAESTRUCTURA

Enviar la siguiente información:

- Número de camas asignadas al Servicio.
- Número de consultas primeras y sucesivas por año.
- Número de intervenciones quirúrgicas programadas y urgentes por año.
- Número de médicos, especificando jornada laboral.
- Existencia de Biblioteca con revistas de la especialidad y soporte informático accesible a los Residentes.

(Se acompañará certificación del Gerente del Centro).

1.2 INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS/AÑO

Para acreditar las Unidades se considera necesario realizar un número mínimo de intervenciones quirúrgicas por año. De manera orientativa las cifras requeridas son:

REQUISITOS DE ACREDITACIÓN

	Número de Residentes/año		
	1	2	3
a-Fracturas de la extrem. prox. fémur	100	150	200
b-Prótesis totales cadera y rodilla	175	250	350
c-Artroscopias	100	150	200
d-Cirugía de columna	25	50	75
e-Hallux valgus y cirugía pie	50	75	100
f-Osteosíntesis huesos largos	70	105	140
g-Fracturas tobillo	35	45	70
h-Procedims. sobre partes blandas	100	150	200

En los apartados c, e y h en conjunto deben realizarse al menos el 30% en Cirugía sin Ingreso.

(Se acompañará certificación del Gerente del Centro).

1.3 OTROS DATOS DE ACTIVIDAD

- Número de ingresos/año.
- Número de urgencias/año.
- Estancia media.
- Rotación.
- Índice de ocupación.
- Porcentaje entre urgencias atendidas/ingresadas.

(Se acompañará certificación del Gerente del Centro)

2 FORMACIÓN SOBRE LA CALIDAD CLÍNICA DEL SERVICIO (COORDINADOR DEL CENTRO)

Se enviará la siguiente información:

- 2.1. Protocolos o normas escritas de actuación clínica y su cumplimiento.
- 2.2. Consentimientos informados de procedimientos específicos y su cumplimiento (enviar ocho como mínimo).
- 2.3. Existencia o ausencia de vías clínicas (enviar las disponibles).
- 2.4. Definición de la cartera de servicios y oferta asistencial.
- 2.5. Programación escrita de actividades del Servicio.
- 2.6. Sistema interno de participación y evaluación de resultados del Servicio.
- 2.7. Participación de los profesionales del Servicio en Comisiones clínicas y órganos de gestión.

- 2.8. Posibilidad de realizar actividad investigadora clínica (calificación del nivel investigador del Hospital, existencia de Unidad de Apoyo a la Investigación, etc.).
- 2.9. Índice de infecciones y reintervenciones.

(Se acompañará certificación del Coordinador de Calidad del Centro).

3. ACTIVIDADES DOCENTES DEL SERVICIO EN LOS TRES ÚLTIMOS AÑOS

Especificando:

- 3.1. Participación activa en la formación pregraduada, postgraduada y de formación continuada médica y de otras profesiones sanitarias.
- 3.2. Sesiones clínicas, de actualización y bibliográficas (enviar listado de los dos últimos años).
- 3.3. Publicaciones del Servicio.
- 3.4. Participación activa en Congresos, Simposios, etc.
- 3.5. Asistencia a otros Centros del personal del Servicio.
- 3.6. Organización de Jornadas o Cursos.

(Se acompañará certificación del Jefe de Estudios o Coordinador de Docencia del Hospital).

CURRÍCULO DE CADA UNO DE LOS MIEMBROS DEL SERVICIO

Para apreciar la trayectoria profesional, docente e investigadora, donde figurarán al menos las publicaciones y comunicaciones o ponencias presentadas a Congresos.



COMISION NACIONAL DE TRAUMATOLOGIA Y CIRUGIA ORTOPEDICA

INFORMACION SOBRE ACTIVIDAD DOCENTE PARA SERVICIOS QUE SOLICITAN ACREDITACION

Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología

Hospital:

Ciudad:

DATOS SOLICITADOS

1. - ¿Existen sesiones de evaluación preoperatoria?

Diaria - Semanal - Quincenal - Mensual

2. - ¿Existen sesiones clínicas monográficas de la especialidad?

Envíese el listado correspondiente a los meses de Mayo y Octubre del año pasado.

3. - ¿Existen sesiones bibliográficas?

Envíese el listado correspondiente a los meses de Junio y Noviembre del año pasado.

4. - ¿Aparecen los Médicos del Servicio como autores de algún trabajo publicado en el año pasado?

Envíese título de los trabajos, autores, revista donde aparecieron, volumen y páginas.

5. - ¿Han presentado los Médicos del Servicio comunicaciones a Congresos nacionales o internacionales durante el año pasado?

Envíense títulos de las comunicaciones, autores, nombre de la entidad organizadora y ciudad de celebración.



6. - ¿Ha organizado el Servicio, congresos, jornadas, cursos, seminarios, etc. durante el año pasado?

Enviense programas.

7. - ¿Han asistido los Médicos del Servicio a cursos, seminarios, congresos, etc. durante el año pasado y celebrados en otros Centros?

Especifíquese tema, entidad organizadora y ciudad.

8. - ¿Figuran los Médicos del Servicio como autores de algún trabajo de investigación realizado o en ejecución en los tres años pasados?

Especifíquese tema, nombre de los investigadores, fuente de financiación y si ha sido o será objeto de tesis doctoral.

9.- ¿Existe en el Servicio algún área de formación específica (Ortopedia Infantil, Cirugía de columna, Cirugía de la Mano, etc.) y técnicas especiales como Artroscopia?.

10. - Enviase planificación o distribución de actividades asistenciales del Servicio durante el año pasado.

11. - Enviase listado o número de patologías de intervenciones realizadas de urgencia y en cirugía programada durante el año pasado en el Servicio.

12. - Observaciones y comentarios del Jefe del Servicio.

Fdo. :
Presidente de la Comisión
de Docencia del Hospital

Fdo. :
Jefe del Servicio que solicita
la acreditación