**COMITÉ COLEGIO**

#### ACREDITACION DE SERVICIOS

**Manual de Gestión para la Mejora Continua** [http://www.aac.org.ar/imagenes/solicitudes/varias/mejora\_continua.pdf](https://www.google.com/url?q=http://www.aac.org.ar/imagenes/solicitudes/varias/mejora_continua.pdf&sa=D&source=editors&ust=1614628863893000&usg=AFQjCNG0HaHT6_mwOvxIfadNjVRlYisJiw)

**Nombre de la Institución**:

**Director del Establecimiento**:

**Jefe de Servicio:**

**Dirección**:

**Staff:**

(Detalle: Nombre y Apellido, Cargo Hospitalario, Dedicación Horaria, Cargo Docente y si es Socio de la Entidad)

1.- Cuenta la Institución donde se asienta este Servicio de Cirugía, con habilitación sanitaria otorgada por el Ministerio o Secretaría de Salud correspondiente?:

SÍ NO

2.- A qué dependencia pertenece?:

MUNICIPALIDAD..........................................................................................................

PROVINCIAL.................................................................................................................

NACIONAL....................................................................................................................

UNIVERSITAD...............................................................................................................

HOSPITAL DE COMUNIDAD...........................................................................................

OBRA SOCIAL...............................................................................................................

PRIVADO.......................................................................................................................

3.- ¿Cuál es la complejidad definida para la Institución?:

 NIVEL 2 NIVEL 3 (Es el Servicio que cuenta con: Tomografía, Resonancia,

 Hemodinamia, etc)

 **Indicadores solicitados por el Comité Colegio para la acreditación de servicios**:

|  |  |
| --- | --- |
| Utiliza estos indicadores | **Indique Porcentajes** |
| 1. MORTALIDAD (MUERTOS/ TOTAL DE OPERADOS)
 |  |
| 1. MORBILIDAD (COMPLICADOS/ TOTAL DE OPERADOS)
 |  |
| 1. COMPLICACIONES INTRAOPERATORIAS/ TOTAL DE OPERADOS
 |  |
| 1. INDICE DE REOPERACIONES EN OPERACIONES PROGRAMADAS/TOTAL DE OPERADOS
 |  |
| 1. INDICE DE REOPERACIONES EN OPERACIONES DE URGENCIA/TOTAL DE OPERADOS
 |  |
| 1. INDICE DE REOPERACIONES /TOTAL DE OPERADOS
 |  |
| 1. INDICE DE REINTERNACIONES (TOTAL DE REINTERNADOS/ TOTAL DE EGRESOS)
 |  |
| 1. INFECCION DE HERIDA QUIRURGICA/ TOTAL DE OPERADOS
 |  |
| 1. INFECCION DE HERIDA QUIRURGICA EN CIRUGIA DE URGENCIA/TOTAL DE OPERADOS
 |  |
| 1. INFECCION DE HERIDA QUIRURGICA EN CIRUGIA PROGRAMADA/TOTAL DE OPERADOS
 |  |
| 1. NUMERO DE CIRUGIAS CANCELADAS SOBRE EL TOTAL DE PROGRAMADAS
 |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 1. PORCENTAJE DE OPERADOS POR GUARDIA SOBRE EL Nª DE INGRESOS POR GUARDIA
 |  |
| 1. **13.** % DE CUMPLIMIENTO DEL COSENTIMIENTO MEDICO
 |  |
| 1. **14.** % DE OCUPACION SOBRE CAMAS DISPONIBLES
 |  |

**EVALUACION DEL SERVICIO POR AREAS TEMÁTICAS**

1. **AREA ADMINISTRATIVA**

|  |  |
| --- | --- |
| **Posee** |  |
| **HISTORIA CLINICA** |  |
|  UNICA/ INTERNACION/CONSULTORIOS EXTERNOS |  |
|  INFORMATIZADA/FISICA  |  |
| SE ACTUALIZAN DIARIAMENTEPOR MEDICO DE PLANTA/ RESIDENTE/ AMBOS |  |
| ARCHIVO 24 HS/ NO 24 HS, ACLARE DISPONIBILIDAD |  |
| CONSENTIMIENTO INFORMADO  |  |
| DOCUMENTACION DE ACTIVIDADESFISICA/ DIGITALIZADAS/BASE DE DATOS |  |
| LIBROS DE ATENEOS: FIRMADOS POR PLANTA, TEMA TRATADO, CONCLUSIONES.  |  |
| AUDITORIAS INTERNAS  |  |

**OBSERVACIONES:**

1. **AREA PROFESIONAL**

|  |  |
| --- | --- |
| **Recursos Humanos** |  |
| **MAAC 100%** |  |
| **MAAC < 100%** |  |
| ESPECIALISTAS- CERTIFICADOS DESCRIBA – APELLIDO – ESPECIALIDAD  |  |
|  FUNCION ESPECÍFICA:DESCRIBA REFERENTE POR SECTOR |  |
| RECERTIFICADOSDESCRIBA – APELLIDO ESPECIALIDAD  |  |
| CIRUGIA PERCUTANEA DESCRIBA REFERENTE DEL SECTOR/SERVICIO |  |
| COLANGIOPANCREA- TOGRAFIA RETROGRADA ENDOSCOPICA/DESCRIBA REFERENTE SECTOR/SERVICIO |  |
| MEDICOS CIRUJANOS DE GUARDIA ACTIVA /COMPARTE ACTIVIDAD EN EL SERVICIO |  |
| MEDICOS CIRUJANOS DE GUARDIA PASIVA/COMPARTE ACTIVIDAD DE SERVICIO |  |
|  JEFE DE RESIDENTES |  |
| INSTRUCTOR DE RESIDENTES  |  |
| RESIDENTES  |  |
|  FELLOWS |  |

**OBSERVACIONES:**

1. **AREA DE ACTIVIDADES**

|  |  |
| --- | --- |
| **Posee O Realiza**  |  |
| PREGRADO UDH/ UNIVERSIDAD |  |
| INTERNADO ROTATORIO/ UNIVERSIDAD |  |
| CONVENIO CON FACULTADES PARA ROTACIONES PREGRADO/ INDIQUE CUALES?  |  |
| CURSOS JORNADAS CONGRESOS |  |
| GUIAS DE PROCEDIMIENTO ESCRITAS Y ACTUALIZADAS |  |
| ATENEOS CON PRESENTACION DE CASOS  |  |
| ATENEOS MULTIDISCIPLINARIOS  |  |
| RECORRIDAS DE SALA POR SEMANA |  |
| PUBLICACIONES Y PRESENTACIONES DE TRABAJOS EN CONGRESOS Y JORNADAS |  |
| CIRUGIA EXPERIMENTAL |  |
| ENTRENAMIENTO DE TECNICA QUIRURGICA EN SIMULADORES |  |

**OBSERVACIONES:**

4) **AREA DE INTERNACION**

NÚMERO DE CAMAS DISPONIBLES PARA EL SERVICIO DE CIRUGIA

 PISO

 UTI

NUMERO DE CAMAS TOTALES DE LA INSTITUCION

NUMERO DE CAMAS EN EL SERVICIO DE TERAPIA INTENSIVA

NUMERO DE CAMAS DE UNIDAD CORONARIA

NUMERO DE CAMAS EN DTO DE URGENCIA Shock room

 **5**) **AREA DE AUTOEVALUACION**

|  |  |
| --- | --- |
| **Realiza** |  |
| ATENEOS MULTIDISCIPLINARIOS |  |
| ATENEOS DE SERVICIO |  |
| REVISION DE CASOS |  |
| REVISION DE LOS INDICADORES DE MANERA PERIODICA |  |
| ACTUALIZACION DE LAS GUIAS DE PROCEDIMIENTO |  |
| ANALISIS COSTO BENEFICIO |  |
| ATENEO DE MORBIMORTALIDAD |  |
| ATENEO BIBLIOGRAFICO  |  |

**OBSERVACIONES:**

1. **AREA HOSPITALARIA**

|  |  |
| --- | --- |
| **Características Generales** |  |
| HABILITACION  |  |
| COMPLEJIDAD  |  |
|  QUIROFANO SECTORIZADO POR AREAS DE TRANSFERENCIA  |  |
|  COORDINACION DE QUIROFANO POR MÉDICO (ACLARAR ESPECIALIDAD  |  |
| ANESTESIOLOGOS DE PLANTA EN NÚMERO ADECUADO |  |
| ANESTESIOLOGOS DE GUARDIA ACTIVA 24HS. |  |
| ANESTESIOLOGOS DE GUARDIA PASIVA 24 HS. |  |
| SALA DE RECUPERACION ANESTESICA |  |
| UTI CON NORMAS Y GUIAS DE TRATAMIENTO  |  |
| COMITÉ DE TUMORES |  |
| COMITÉ DE INFECTOLOGIA |  |
| COMITÉ DE BIOETICA |  |
| BIBLIOTECA FISICA/VIRTUAL  |  |

**Describa el Nº de cirugías realizadas por su servicio en el último año calendario de acuerdo al grado de complejidad y tomando como referencia el nomenclador de la Asociación Argentina de Cirugía**

 ELECTIVAS URGENCIAS TOTALES

--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

MAYOR

(Nivel 6-7-8-9 y 10

Del Nomenclador de AAC)

---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

MEDIANA

(Nivel 4 y 5 del

Nomenclador de AAC)

---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

MENOR

(Nivel 1-2 y 3 del

Nomenclador de AAC)

----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

TOTAL

=============================================================================­­­­

**TOTAL DE CIRUGÍAS EN EL ULTIMO AÑO**

**Métodos auxiliares diagnósticos aclare su disponibilidad las 24 horas. Activa/pasiva**

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
| LABORATORIO |  |
| RADIOLOGIA  |  |
| ECOGRAFIA   |  |
| TAC |  |
| HEMOTERAPIA |  |
| ANGIOGRAFIA |  |
| CAMARA GAMMA |  |
| RESONANCIA MAGNÉTICA |  |
| ENDOSCOPIA |  |
| HEMODINAMIA |  |

Servicios que poseen residencia medica en la institución:

¿Cuáles? (Incluya el número de plazas)

SERVICIOS CON RESIDENCIA Nº TOTAL DE PLAZAS

(Enumerar)

-

-

-

-

-

-

……………………………………..

Firma

……………………………………..

Aclaración

MUCHAS GRACIAS POR ACREDITAR SU SERVICIO CON LA ASOCIACION ARGENTINA DE CIRUGIA