

ANEXO SOLICITUD DE APERTURA DE UNIDADES DE RESIDENCIAS – ODONTOLOGÍA

1. Equipamiento/Aparatología/Insumos

1.1 Cantidad de sillones (Unidad completa c/Turbina, Micromotor y Jeringa triple)

1.2 De los sillones existentes, especifique:

EN FUNCIONAMIENTO	EXCLUSIVOS para RESIDENTES	DESTINADOS A ESPECIALIDADES	
		¿CUÁL?	CANTIDAD

1.3 Marque la aparatología con la que cuenta el servicio:

APARATO	CANTIDAD
APARATO DE RAYOS	
NEGATOSCOPIO	
RADIOVISIÓGRAFO	
ESTERILIZADORA A SECO	
AUTOCLAVE	
LÁMPARA HALÓGENA	
AMALGAMADOR	
CAVITADOR	
ELECTROBISTURÍ	

LOCALIZADOR APICAL	
MOTOR PARA ENDODONCIA MECANIZADA	
TERMOFORMADORA	
MOTOR COLGANTE DE LABORATORIO	
MOTOR DE MESA DE LABORATORIO	
RECORTADORA DE YESO	
HEMOSUCTOR	
OTROS... (Agregue renglones a la tabla en caso de ser necesario)	

1.4 Indique si posee instrumental suficiente para el desarrollo de las siguientes especialidades (marque con una cruz)

	SI	NO
CIRUGÍA		
OPERATORIA DENTAL		
PERIODONCIA		
ENDODONCIA		
ODONTOPEDIATRÍA		
PRÓTESIS		
ORTODONCIA		

2. Actividad docente del servicio

2.1 Realiza actividad docente? **SI / NO**

2.2 En caso afirmativo, indique cuales:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

2.3 Si se realizan interconsultas, especifique cuales:

DE OTROS SERVICIOS	A OTROS SERVICIOS

2.4 ¿Poseen espacios de trabajo interdisciplinario planificados en conjunto? **SI / NO**

Explícite:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Completar sólo en caso de Especialidades Quirúrgicas

3. Composición del equipo de Quirófano:

PERSONAL	CANTIDAD
CIRUJANOS	
ANESTESISTAS	
INSTRUMENTADORES	
OTROS (especifique y agregue renglones a la tabla, en caso de ser necesario)	

4. Quirófanos: complete el siguiente cuadro

QUIRÓFANOS	CANTIDAD	PROPIOS	COMPARTIDOS	CON QUÉ ESPECIALIDAD LO COMPARTE?
De Urgencia				
Del Servicio				
Generales				

5. Consigne el promedio de operaciones mensuales:

PROGRAMADAS	
DE URGENCIA	
TOTALES	

6. Consigne la cantidad de operaciones anuales que realiza el servicio

Completar el cuadro de acuerdo al nomenclador de prácticas quirúrgicas contenidas en las Normas de Cirugía y Traumatología Bucomaxilofacial del Ministerio de Salud de la Nación

CIRUGÍAS MENORES	
CIRUGÍAS MEDIANAS	
CIRUGÍAS MAYORES	
TOTAL DE CIRUGÍAS	
Promedio de cirugías anuales / número de profesionales	

7. ¿Está previsto para los residentes, el entrenamiento quirúrgico en animales y/o simuladores? SI / NO

8. ¿De qué manera prevé evaluar los aprendizajes en las actividades quirúrgicas?

.....

9. ¿Quiénes evalúan los aprendizajes en las actividades quirúrgicas?

.....

Fecha:/...../.....

.....

Firma y sello del responsable de la residencia