

ANEXO SOLICITUD DE APERTURA DE UNIDADES DE RESIDENCIAS - PNA

Nombre del efector del PNA

Domicilio:

Teléfono:

Correo electrónico:

Jefe/a o responsable del efector

Nombre y apellido:

Teléfono:

Correo electrónico:

Área 1: Equipo de trabajo asistencial y docente

1. ¿Cuenta el CAPS con Jefatura o coordinación? **SI / NO**
2. El Personal de atención al público se encuentra accesible en el horario de funcionamiento del CAPS **SI / NO**
3. De acuerdo al perfil de la demanda y población a cargo desarrolle brevemente en que medida el equipo de salud es acorde al mismo.

Completar aquí.

4. Describa como esta constituido el equipo de salud y en que medida se adapta al perfil a formar:

Completar aquí.

5. ¿Se realizan reuniones de equipo periódicas para gestión y planificación? ¿con qué frecuencia se llevan a cabo? ¿quienes participan? **SI / NO**

Completar aquí.

6. ¿Implementan dispositivos de educación permanente? Se realizan ateneos y espacios de reflexión sobre las prácticas? **SI / NO**
7. El Equipo de salud formado en APS **SI / NO**
8. Los formadores propuestos cuentan con formación docente **SI / NO**
9. Porcentaje de profesionales de planta que se proponen estén afectados a la función pedagógica. _____

Área 2: Recursos físicos / Infraestructura /Equipamiento

Cuentan en el efector con:

10. Registros de Historias clínicas accesible y unificado para todas las disciplinas? **SI / NO**
11. Salón de Usos Múltiples (SUM) **SI / NO**
12. Lugar disponible y apto para la guarda de medicamentos y vacunas? **SI / NO**
13. Sala de espera calefaccionada y refrigerada con asientos y sanitarios acorde a la demanda **SI / NO**

- 14. Teléfono **SI / NO**
- 15. Conectividad a Internet accesible a residentes **SI / NO**
- 16. PC disponible para uso de residentes **SI / NO**
- 17. Espacio áulico cerrado para uso de la residencia **SI / NO**
- 18. Estar para los residentes (para actividad no asistencial) **SI / NO**
- 19. Espacios de atención con dimensiones y equipamientos/insumos acorde al perfil de formación accesibles a residentes **SI / NO**

Área 3: Perfil de atención del CAPS

- 20. Describa el perfil de demanda y la población a cargo.

Completar aquí.

- 21. Población a cargo nominalizada **SI / NO**
- 22. Horarios de atención acorde a la carga horaria formativa requerida **SI / NO**
- 23. Tiempo de atención suficiente al número de pacientes **SI / NO**
- 24. Horarios protegidos para el equipo de salud para reuniones de equipo, actividades no asistenciales y actividades comunitarias semanales **SI / NO**
- 25. Se implementan de programas de salud nacionales, provinciales y locales sobre problemas prioritarios **SI / NO**
- 26. Farmacia accesible durante todo el horario de CAPS con disponibilidad de medicamentos acorde para la población que asiste **SI / NO**
- 27. Servicios de diagnóstico (ecografía, laboratorio, electrocardiograma) accesible localmente desde el CAPS acorde al perfil de formación **SI / NO**
- 28. Red asistencial formal con turnos protegidos y programados, telefónicos o virtuales en otros CAPS y/o en 2do nivel **SI / NO**
- 29. Mapa de recursos institucionales y comunitarios / recursero con datos para el acceso **SI / NO**

30. Planificación de actividades comunitarias con cronograma semanal/mensual **SI / NO**
. Adjunte planificación actual
31. CAPS con aceptabilidad de la población de referencia (evidenciable con algún método de medición) **SI / NO**

Área 4: Procesos de atención

32. Hay registro en Historia Clínica única en el efector. **SI / NO**
33. Accede todo el equipo a las Historias Clínicas **SI / NO**
34. Qué tipo de historia clínica utilizan: Historia Clínica Orientada a Problemas, Historia Clínica familiar.

Completar aquí.

35. Existen en el efector ficheros cronológicos de seguimiento de problemas de salud específicos **SI / NO**
36. Tienen normas escritas de atención propias del efector. **SI / NO**
37. Utilizan y tienen disponibles protocolos y guías de abordaje para la práctica (ministerios, sociedades científicas). **SI / NO**