



Formulario de solicitud de evaluación de la Fase 2D (Fase de Desarrollo)

Maternidad

IHAN España

Formulario de solicitud de evaluación para la acreditación IHAN de Fase 2D

Introducción

La evaluación para la acreditación de la Fase 2D requiere la presentación de documentos. Para que la evaluación pueda ser llevada a cabo, se debe completar y enviar este formulario a la IHAN junto con todos los documentos acreditativos necesarios. Puede ser completado electrónicamente pero debe presentarse además una copia en papel firmada. Si se rellena a mano, por favor utilice letras mayúsculas. *Antes de presentar el formulario deberá notificarlo y planificarlo con la secretaría de la IHAN.*

Para ayudarle a completar el formulario, léase la Guía para la evaluación de Fase 2D, que proporciona ayuda sobre la información que se requiere en cada sección. La Guía puede descargarse (junto con otra información relativa a la evaluación de Fase 2D) de la página web de la IHAN www.ihan.es. Proporcione la información más completa posible de cada sección.

Documentos a presentar

La información de cada sección del formulario tiene que ser acreditada con ciertos documentos. Estos se mencionan en las secciones relevantes y están incluidos en una lista de comprobación al final del formulario.

Declaración

El formulario de solicitud tiene que estar firmado por el Director Gerente.

Costes

La información sobre los costes la encontrará en la página web: www.ihan.es

Nota. La factura se enviará a la dirección indicada una vez que se haya realizado la evaluación, a no ser que Vd. Indique otra cosa.

Datos básicos

Por favor, complete la siguiente información:

Nombre del Hospital	
Dirección (<i>también para envío de la factura, a no ser que nos indique otra</i>)	

Nombre del máximo responsable del Hospital	
Cargo (Director, Gerente, Director Médico..)	
Número de teléfono	
Dirección de correo electrónico	

Nombre del jefe de Servicio de Pediatría	
Número de teléfono	
Dirección de correo electrónico	

Nombre del supervisor/a de matronas	
Número de teléfono	
Dirección de correo electrónico	

Nombre del responsable de la maternidad	
Cargo	
Número de teléfono	
Dirección de correo electrónico	

Nombre de la persona responsable de coordinar la implantación de la Iniciativa	
Cargo	
Número de teléfono	
Dirección de correo electrónico	

Sección 1 – La Normativa de lactancia

Remítase a la sección 1 del documento guía al completar esta sección.

Tache lo que no corresponda **Si** o **No**.

1.1 La Normativa

¿Hay una Normativa de lactancia escrita? Si/No

¿Ha revisado su política en consonancia con la orientación actual de IHAN/ UNICEF del Estado Español para garantizar que cumple los criterios pertinentes? Sí / No

Adjunte una copia de la Normativa

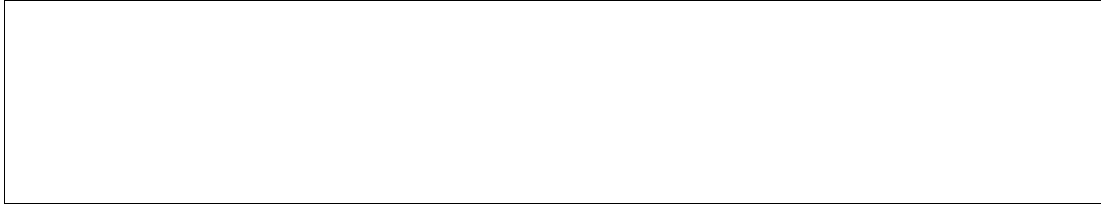
1.2 Exposición de la Normativa

¿Está la Normativa expuesta en todas las áreas donde se atienden madres y niños?
Si /No

Por favor confirme que la Normativa (o el resumen de la Normativa para madres/padres) está expuesta en las siguientes áreas señalando la casilla adecuada. Si el área no existe, ponga N/P (no procede).

Area	Señale para confirmar que la Normativa está expuesta
Sala de espera de consulta prenatal	
Dilatación	
Paritorios	
Maternidad	
Unidad neonatal	
Otros (especifique)	

Describir los detalles, en la casilla de debajo, sobre cómo están expuestos la Normativa o el resumen, por ejemplo: fotografía enmarcada de tamaño DINA4, póster en color tamaño DINA3 etc.:

A large, empty rectangular box with a thin black border, intended for the user to attach a copy of the text of the version of the Normativa expuesta.

Adjunte una copia del texto de la versión de la Normativa expuesta.

1.3 Conocimiento de la Normativa por parte del personal de nueva incorporación

¿Se informa al personal de reciente incorporación sobre la Normativa cuando comienzan a trabajar?

Si/No

Describa cómo se informa sobre la Normativa al personal de nueva incorporación (incluyendo matronas, enfermeras de neonatal, enfermeras de maternidad, auxiliares y personal médico)

Categoría/grado de personal	Por quién es informado (cargo)	En cuánto tiempo tras el comienzo del empleo	Con qué método se informa al personal nuevo (charlas, documentación...)	Cómo se les informa (p.e 1 a 1, en pequeños grupos)	Cómo se registra la información que se ha dado

1.4 Mecanismo para la práctica de auditorías (o autoevaluación)

¿Se evalúa el cumplimiento de la Normativa utilizando la herramienta de auditoría (monitorización) de UNICEF?

Si /No

Si no, describa en la casilla de debajo, el mecanismo utilizado:

--

Si el mecanismo de auditoría es otro distinto a la herramienta de UNICEF, adjunte copias de los cuestionarios/entrevistas/hojas de puntuación utilizadas.

1.5 Definición y recogida de datos estadísticos

¿Se recogen datos estadísticos sobre lactancia?

Si /No

¿Utiliza las mismas categorías y definiciones que recomienda IHAN España? (ver la Guía de Fase 2D)

Si /No

Si no es así, utilice el cuadro de debajo para explicar qué items se utilizan para registrar la alimentación infantil (p.e. lactancia materna exclusiva, lactancia materna parcial) y cómo se definen:

Nombre	Definición

Describa cómo, dónde (p.e. registros informáticos, historia clínica, cartilla del niño etc) a qué edad y por quién se registra la información:

Edad del niño	Cómo y dónde se registra	¿Quién lo registra (cargo)?

Por favor, complete la siguiente tabla con sus últimas estadísticas:

	Categoría	Número (Porcentaje)
	Niños que inician LM (cuya primera toma es LM)	
El porcentaje debe sumar 100%	Niños con LM exclusiva al alta de la Maternidad	
	Niños con LM al alta de la Maternidad	
	Niños con lactancia artificial al alta de la Maternidad	

Indique el periodo de recogida de los datos (lo idóneo serían los últimos 12 meses):

De.....a.....

Sección 2 – Formación del personal

Remítase a la sección 2 del documento guía cuando complete esta sección.

2.1 Programa de capacitación

¿Está el personal formado para aplicar la Normativa de lactancia? Si /No

¿Los planes de formación disponibles, detallan los contenidos de la formación (incluyendo las sesiones de práctica clínica)? Si /No

¿Ha revisado su plan de formación conforme a las orientaciones actuales de IHAN/ UNICEF de España para asegurar que cumplen con los resultados requeridos?
Sí / No

Adjunte una copia/copias de los programas de capacitación para todas las categorías de personal (numero de personas en cada categoría a formar, numero de alumnos por curso, numero de cursos que se precisan con un cronograma de realización, programa de los cursos que especifique los contenidos).

2.2 Horas de capacitación

Describa el tipo de formación, p.e. cuantas horas están programadas y cómo se lleva a cabo la formación en relación con cada categoría/grado de personal, incluidos los médicos.

Categoría profesional	Las horas de formación impartida serán:		
	Formación teórica	Formación practica	Otro

NOTA: en esta Fase no es necesario haber realizado la formación del personal sino solo tener un plan para llevarla a cabo. No se pregunta sobre los cursos que se han hecho sino más bien sobre cómo ha programado la formación del personal.

2.3 Mecanismo para garantizar la asistencia del personal

¿La capacitación será obligatoria para todo el personal que proporciona cuidados a madres y niños en la maternidad y unidad neonatal? Si /No

Describa, en la casilla de debajo, el mecanismo para designar al personal que debe asistir al programa de formación y garantizar que lo hace (p.e. hoja de asistencia, seguimiento de los que no acuden...)

2.4 Registros sobre la capacitación

¿Se mantienen registros sobre la formación del personal?

Si /No

Describa, en la casilla de debajo, cómo se mantienen los registros sobre la asistencia del personal (p.e. registros electrónicos) y quién los registra:

Sección 3 – Información para mujeres embarazadas y nuevas madres

Remítase a la sección 3 del documento guía cuando complete esta sección.

3.1 Información para mujeres embarazadas

¿El centro tiene intención de dar a las mujeres embarazadas información sobre:

- Los beneficios para la salud de la lactancia materna? Si /No
- La importancia de la lactancia materna exclusiva? Si /No
- La importancia del contacto piel con piel tras el parto? Si /No
- La importancia de la posición y el agarre correctos para la lactancia? Si /No
- La importancia del alojamiento conjunto? Si /No
- La importancia de la lactancia materna a demanda? Si /No
- La importancia de evitar tetinas y chupetes durante el establecimiento de la lactancia ? Si /No

¿Se utiliza una lista de comprobación para documentar la entrega de esta documentación? Si /No

Si es así, adjunte una copia de la lista de comprobación.

Si no, describa en el cuadro adjunto el seguimiento y control de esta información antes del parto: quien la realiza, y si existe documentación para la embarazada que recoja estos aspectos

3.2 Información para nuevas madres

¿Se utiliza una lista de comprobación para documentar la entrega de documentación a las nuevas madres (p.e, postnatalmente)? Si/No

Si es así, adjunte una copia de la lista de comprobación.

Si no, describa, en la lista de debajo, cómo se registra la entrega de información postnatal:

--

3.3 Información escrita para embarazadas y nuevas madres

¿Está expuesta o se distribuye la información escrita sobre lactancia entre las mujeres embarazadas y las nuevas madres?

Si/No

Si es así, utilice el cuadro de debajo para hacer una lista de los materiales utilizados o que se utilizarán para proporcionar información.

Incluya detalles también sobre los folletos, etc que se entregan sólo a ciertos grupos de madres, por ejemplo las que tienen a sus hijos en la unidad neonatal.

Tipo de material (p.e. folleto, poster, video)	Nombre/título	Cuándo se entrega

Adjunte una copia de todos los materiales utilizados que sean en papel (p.e. folletos, pósters)

¿Está toda la información escrita libre de anuncios y promoción de sustitutos de la leche materna, biberones, tetinas y chupetes? Si/No

3.4 Información sobre el apoyo disponible para las nuevas madres

¿A todas las madres que amamantan se les da información sobre cómo acceder a las siguientes formas de apoyo para la lactancia al alta del hospital:

- Matrona o personal sanitario del centro de salud? Si/No
- Consultores de lactancia voluntarios? Si/No
- Grupos de apoyo de lactancia locales? Si/No
- Otros (p.e. ayuda telefónica)? Si/No

Describa en la casilla de debajo cuándo se da esa información a las madres, cómo y por quién:

Describa, en el cuadro a continuación, el mecanismo para asegurar que a todas las madres se les proporciona información actualizada sobre los recursos de apoyo a la lactancia materna disponibles

--

Sección 4 – El Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna

Remítase a la sección 4 del documento guía cuando complete esta sección.

4.1 Adherencia al Código Internacional

¿Puede confirmar que no hay anuncios o promoción de sustitutos de la leche materna, biberones, tetinas o chupetes en el centro ni en ningún objeto relacionado con el personal (bolígrafos, calendarios, etc)? Si/No

4.2 Pago de los suministros de alimentación infantil

Complete el cuadro de debajo para confirmar que todos los suministros de alimentación infantil se pagan al precio al por mayor por completo o con un 20% de descuento máximo sobre el PVP (sin otro tipo de subvención o descuento por parte de la casa comercial o distribuidor)

Artículo	Marque para confirmar que se paga el precio completo
Fórmula infantil	
Tetinas	
Chupetes	
Fórmula para niños de bajo peso/pretérminos	
Fortificantes de la leche materna	
Agua estéril (suministrada en botellas por la casas comerciales de la fórmula)	

Si alguno de los productos listados no se usan en el centro, ponga N/P. Adjunte una copia de un pedido de compra reciente o factura como prueba de la compra de cada artículo.

Declaración del Director del Centro

Certifico que la información que se aporta en este formulario es correcta.

Solicito la evaluación de Fase 2D para:

Nombre del Hospital/Institución	
---------------------------------	--

Y confirmo que

Nombre del Hospital/organización	
----------------------------------	--

pagará la factura por la evaluación en los 30 días tras la recepción de la factura

Firma (Director)	
Cargo	
Fecha	

Nombre y firma (Gerente)	
Fecha	

Firma (Jefe de Servicio/Responsable de Lactancia/Responsable de la implantación de la Iniciativa)	
Cargo	
Fecha	

Lista de comprobación de los documentos a ser presentados con este formulario

- La Normativa de Lactancia (vea sección 1.1)
- Versión expuesta de la Normativa de Lactancia (p.e. resumen o guía para padres, vea sección 1.2)
- Herramienta/s para la auditoria de la Normativa de Lactancia, si no se utiliza la de UNICEF (vea sección 1.4)
- Protocolos o guías clínicas en relación con la lactancia: hipoglucemia, niño que rechaza el pecho, ictericia...
- Programa de capacitación para la formación del personal (vea la sección 2.1)
- Lista de comprobación de entrega de documentación prenatal (si se utiliza) (vea sección 3.1)
- Copias de toda la información escrita que se entrega a las mujeres embarazadas y nuevas madres (vea sección 3.3)
- Lista de comprobación de entrega de documentación postnatal (si se utiliza, vea sección 3.2)
- Protocolo de coordinación con Atención Primaria (si existe).
- Prueba de compra de fórmulas infantiles, fortificantes de la leche materna, agua estéril y tetinas (vea sección 4.1)