



Formulario de solicitud para la evaluación de Fase 4D (Designación)

Maternidad

IHAN España

Formulario de solicitud de evaluación de Fase 4D- Maternidad

Introducción

La evaluación de la última Fase se enfoca hacia cómo se han implantado las buenas prácticas de la IHAN en el cuidado de las embarazadas y las nuevas madres y sus hijos. La evaluación propiamente dicha tiene lugar en el propio hospital en una fecha previamente concertada con la IHAN. Sin embargo, para poder solicitar una fecha, debe enviarse documentación para garantizar que el hospital está preparado para ser evaluado.

Documentos a enviar para solicitar la evaluación de Fase 4D

- Encuesta de Autoevaluación, a entregar preferiblemente por mail.
- Este formulario debidamente cumplimentado. Debe ser cumplimentado preferentemente de manera electrónica, pero debe enviarse una copia en papel firmada. Si se cumplimenta a mano, utilice por favor letras mayúsculas. Para ayudar a rellenar este formulario, lea la Guía para la Evaluación de Fase 4D, que le indica la información necesaria. Puede descargarse la Guía (junto con diversa información sobre la Evaluación de Fase 4D) en la página web de la IHAN (www.ihan.es). Por favor, denos la información lo más completa posible en relación con cada sección del formulario.

Documentos a presentar el día de la evaluación

Hay determinados documentos que deben estar disponibles el día de la evaluación. Están incluidos en una lista de comprobación al final del formulario. Por favor, no remita estos documentos junto con el formulario.

Declaración

Este formulario debe ser firmado por el Director Gerente y alguno de los responsables del Hospital y debe remitirse a la IHAN *al menos 3 meses antes* de la fecha a partir de la cual piensa que su hospital estará preparado para la Evaluación, para poder concertar una fecha mutuamente conveniente.

Costes

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

Nota. La factura se enviará a la dirección indicada tras la firma del acuerdo económico, según se haya estipulado en dicho acuerdo.

Gastos de cancelación: Se debe informar por escrito y lo antes posible de cualquier posible solicitud de demora o cancelación. No habrá gastos de cancelación si el aviso se recibe antes de 90 días de la fecha estipulada para la evaluación: la IHAN se reserva el derecho de cobrar como gastos de cancelación el 45% de la tasa si se avisa con una antelación de entre 60 y 90 días, o del 65% si se avisa con menos de 60 días.

Información general

Nombre del Hospital o Institución	
Dirección	

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 jefe de Servicio de Obstetricia	
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	

Nombre del Gerente	
Dirección de envío de las facturas <i>(si es distinta de la dirección del hospital consignada más arriba)</i>	

Fecha en que el Hospital consiguió la Acreditación de Fase 3D	
---	--

Por favor, denos la siguiente información sobre el área sanitaria que atiende el Hospital:

Breve descripción del área geográfica de influencia	
Datos socioeconómicos de la población a la que atiende	
Principales idiomas en los que se atiende (distintos al castellano) <i>(sólo si hay una cantidad significativa de personas que hablan otro idioma que no sea castellano)</i>	

NOMBRE DE LA MATERNIDAD	
Tipo de cuidado que proporciona (por ejemplo: embarazos de alto riesgo, sólo partos a término, etc)	
Número de centros de salud o clínicas de control prenatal adscritas al Hospital	

Capacidad del Hospital

Número de camas de atención prenatal	
Número de camas en la Maternidad	
Número de camas en Paritorio	
Número de puestos en la Unidad Neonatal	

Nacimientos e ingresos

Nacimientos de madres que reciben el cuidado prenatal en otros centros (%)	
Madres derivadas para el cuidado postnatal, tras un parto realizado en	

una unidad que no forma parte de la evaluación (%)	
Duración media de la estancia materna postnatalmente	

Datos de alimentación infantil

	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	

Tasa de lactancia materna a los 10 días de vida (si se conoce) (%)	
--	--

(utilice las definiciones de la IHAN, ver Guía de Fase 2D, Sección 1.5)

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

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

Sección 1 – Cuidado antenatal

Esta sección se aplica a la totalidad de las áreas del Hospital que serán evaluadas. Por favor, remítase a la Sección 1 de la Guía para comprender los requisitos de esta Sección.

Sección 2 – Cuidado postnatal

Esta sección se aplica a la totalidad de las áreas del Hospital que serán evaluadas. Por favor, remítase a la Sección 2 de la Guía para comprender los requisitos de esta Sección.

Tanto el cuidado antenatal como el postnatal se evalúan con la encuesta de autoevaluación que deberá remitir cumplimentada junto con este formulario.

Si además dispone de otras herramientas de monitorización como entrevistas a madres, se ruega que envíe dicha herramienta y los resultados de la última monitorización.

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

- La **Normativa de Lactancia**
- Versión expuesta** de la Normativa de Lactancia (p.e. resumen o guía para padres)
- Una copia de todos los **protocolos o guías clínicas en relación con la lactancia** (por ejemplo hipoglucemia, niño que se niega a mamar, colecho, ictericia...)
- Guía clínica de atención a la madre y al recién nacido durante el nacimiento.**
- Plan de formación** y contenido del mismo (programas de los cursos realizados y fechas de realización, nombres y currículum de los formadores) y cómo se aplica al personal de reciente incorporación.
- Relación detallada de los alumnos** que han asistido a los cursos de formación (para cada categoría profesional (obstetras, matronas, pediatras, enfermeras y auxiliares de Consultas y hospitalización de Obstetricia, Paritorio, Maternidad y Neonatología) se detallara número absoluto y porcentaje; por ejemplo: “se ha formado 8 obstetras, que suponen el 5% de la plantilla actual”.
- Relación detallada del personal** (por áreas y categorías profesionales) empleada en los servicios: Consultas y hospitalización de Obstetricia, Paritorio, Maternidad y Neonatología.
- Copia de los registros de **cómo se da a conocer** al personal (y también al de reciente incorporación) la **normativa de lactancia**.
- Copia de los **registros de asistencia** a las actividades de formación.
- Copias de toda la **información escrita que se entrega** a las mujeres embarazadas y nuevas madres sobre lactancia y alimentación infantil (incluyendo las madres de la Hospitalización Neonatal).
- Muestra de la **información que se da a las madres al alta** de la Maternidad.
- Copias de las **listas de comprobación antenatal y postnatal**, si se usan.
- Facturas de compra** de fórmulas infantiles, fortificantes de la leche materna, agua estéril y tetinas .
- Sus últimas **estadísticas en lactancia**, que muestren datos sobre la tasa de inicio de lactancia, tasa de lactancia exclusiva al alta, tasa de lactancia materna al alta y datos sobre la prevalencia de la lactancia en semanas o meses posteriores si se dispone de ellos.
- Los mecanismos para monitorizar las prácticas en relación con la lactancia. Las herramientas de monitorización utilizadas así como los resultados de la última revisión.

Además, junto a este formulario debe presentarse la encuesta de Autoevaluación cumplimentada.

Documentos que tendrán que estar disponibles el día de la evaluación

Se recomienda tener todos estos documentos preparados y disponibles el día que vaya a realizarse la evaluación, así como cualquier otra información adicional que les sea solicitada por los evaluadores. Esto facilita el trabajo de evaluación.

- ***Relación detallada de mujeres embarazadas de más de 30 semanas*** de edad gestacional citadas en las consultas de obstetricia o ecografía obstétrica o ingresadas en el área de hospitalización obstétrica durante cada uno de los días de la evaluación, horas de las citas y espacio en el que se ubican dichas consultas.
- ***Relación detallada de las nuevas madres ingresadas en el hospital*** durante los días de la evaluación detallando tipo de parto y día estimado del alta.
- ***Relación detallada de las nuevas madres que tienen ingresado a su bebé en neonatología*** durante los días de la evaluación detallando edad gestacional, peso y motivo de ingreso del bebé y horas de visita para las madres.
- ***Relación detallada del personal*** (por áreas y categorías profesionales) que va a trabajar cada día de los que van a evaluarse. Por ejemplo:

Primer día de evaluación:

En Neonatología habrá 2 pediatras, 10 enfermeras y 5 auxiliares.

En Maternidad habrá 15 enfermeras y 10 auxiliares.

En Paritorios habrá 3 obstetras, 4 matronas y 3 auxiliares... Y así sucesivamente.

- ***Muestra de los regalos*** (canastillas, etc) que se dan a embarazadas y madres.
- ***Encuesta de Autoevaluación del Hospital.***
- ***Todos los documentos que se han requerido para la presentación del formulario (ver lista de comprobación en página anterior).***

MUCHAS GRACIAS POR SU COLABORACION.

Declaración del Director del Centro

Certifico que, por lo que yo conozco, la información que se proporciona en este formulario es correcta.

Solicito una evaluación de Fase 4D para:

Nombre del Hospital	
---------------------	--

con fecha posterior a:

Fecha en la que se prevé que el Hospital estará preparado para la evaluación	
--	--

Confirmando que:

Nombre del Hospital	
---------------------	--

Pagaré la factura correspondiente a la evaluación antes de 30 días de la recepción de la factura. Conozco y estoy de acuerdo con los gastos de cancelación (ver página 1).

Firma (Director)	
Cargo	
Fecha	

Nombre y firma (Gerente)	
Fecha	

Nombre y firma (Jefe de Servicio/Responsable de Lactancia/Responsable de la implantación de la Iniciativa)	
Cargo	
Fecha	