



**Formulario de solicitud
de evaluación para la
Reacreditación
(sólo para Hospitales Acreditados)**

Maternidad

IHAN España

Formulario de solicitud de evaluación para la Reacreditación de Hospitales Acreditados - Maternidad

Introducción

A los Hospitales Acreditados IHAN, periódicamente se les requerirá someterse a un proceso de evaluación para obtener una Reacreditación que garantice que continúan cumpliendo las buenas prácticas y ofertando una asistencia de calidad.

Este formulario está diseñado para solicitar un proceso de evaluación (primero o sucesivos) de Hospitales ya acreditados. Con los resultados de este formulario y los informes que el Hospital haya remitido, la autoridad nacional de la IHAN decidirá y comentará al centro de qué manera se llevará a cabo la evaluación.

Usted debe cumplimentar este formulario **sólo si se ha contactado previamente con la IHAN.**

El formulario puede cumplimentarse electrónicamente pero debe enviarse también por correo una copia firmada. La documentación que se solicita (ver más adelante) debe remitirse preferiblemente por mail. Todos los documentos deben haber llegado a la oficina de la IHAN al menos **3 meses antes** de la fecha de la reevaluación.

Si cumplimenta el formulario a mano, utilice letras mayúsculas. Por favor, denos la máxima información en cada sección.

Por favor tenga en cuenta que no se admitirá ninguna solicitud sin haberse puesto previamente de acuerdo con la oficina de la IHAN.

Documentos a enviar

La información proporcionada en cada sección del formulario necesita ser apoyada con documentación. Estos documentos se mencionan en cada sección, pero al final del formulario tiene una lista de comprobación con todos ellos.

Declaración

El formulario de solicitud tiene que estar firmado por el Director del Centro y por responsables del Hospital.

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.

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 (o la última Reacreditación)	
--	--

Sección 1 – La Normativa de Lactancia

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

1.1 La Normativa

¿Se ha modificado la Normativa de Lactancia desde la última acreditación? Si/No

Si la respuesta es afirmativa, identifique las secciones que han cambiado en el siguiente recuadro:

--

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.:

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/puesto del personal	Número contratado en los últimos 6 meses	Número de ellos que conocen la Normativa	Porcentaje que conoce la Normativa (%)

1.4 Otros protocolos relacionados

¿Hay otros protocolos relacionados con la alimentación infantil en uso (por ejemplo, protocolo de hipoglucemia, o ictericia, etc?) Si/No

Por favor, adjunte una copia de estos protocolos o guías clínicas..

1.5 Monitorización o autoevaluación de las prácticas

¿Se audita el cumplimiento de la Normativa? Si/no

¿Se audita con frecuencia al menos anual? Si/No

¿Se utiliza la herramienta de monitorización de la IHAN UNICEF? Si/No

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	Por quién (cargo)

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

	Categoría	Número (Porcentaje)
	Niños que inician LM (alimentación inicial con 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

2.1 Programa de capacitación

¿Ha cambiado el programa de formación desde la última evaluación? Si/No

Si la respuesta es afirmativa, describa en el siguiente recuadro los cambios que se han hecho:

Por favor, adjunte copias de los planes de formación para cada categoría profesional y copia de los programas de los cursos de lactancia que se han impartido, con las fechas en que se han realizado.

2.2 Registro de la formación

¿Se registra la formación que recibe el personal? Si/No

Por favor, dénos datos sobre sus registros:

Categoría/puesto del personal	Total contratado	Número que ha completado la formación	Porcentaje que ha completado la formación (%)

Sección 3 – Información para embarazadas y nuevas madres

3.1 Información para embarazadas

¿Se utiliza una lista de comprobación para documentar la entrega de la información a las embarazadas? Si/No

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

Si no, describa en la casilla de debajo cómo se registra en la documentación de las mujeres la entrega de información prenatalmente:

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 la respuesta es afirmativa, por favor adjunte una copia de cada uno de los materiales escritos que se utilizan (folletos, trípticos, posters...).

¿Todos los materiales informativos para las embarazadas y nuevas madres (incluyendo DVD) están libres de publicidad de fórmula infantil, biberones, tetinas o chupetes? Si/No

¿Se entregan muestras regalo (por ejemplo canastillas) a las embarazadas o nuevas madres? Si/No

Si la respuesta es afirmativa, están libres de publicidad de fórmula infantil, biberones, tetinas o chupetes? Si/No

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

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 por completo al precio al por mayor o con un 20% de descuento máximo sobre el precio minorista (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 (no procede). Adjunte una copia de un pedido de compra reciente o factura como prueba de la compra de cada artículo.

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 Reevaluación para la Reacreditación IHAN para:

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

con fecha posterior a:

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

Confirmo que:

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

Pagaré la factura correspondiente a la reevaluación 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	