

IHAN-España

Formulario de solicitud de certificado de la Fase 3D

(Fase de Difusión)

**Hospitales – Maternidad**

**2021**

**Introducción**

Para comprender la utilidad de este documento y cumplimentarlo, por favor, lea antes la Guía para la Acreditación de Fase 3D, descargable en [www.ihan.es](http://www.ihan.es).

Cuando el hospital considere que cumple los requisitos de la fase 3D deberá cumplimentar este formulario y remitirlo por correo electrónico a evaluaciones@ihan.es. Todos los documentos adjuntos a la solicitud deberán enviarse ordenados en carpetas, tal y como se sugiere en el listado incluido al final de esta solicitud.

**Instrucciones para la cumplimentación de esta solicitud**

Lea atentamente las preguntas y conteste en los apartados correspondientes, **proporcionando la información más completa posible en cada sección**.

El formulario de solicitud es solamente uno de los documentos que necesitan enviar para solicitar el certificado de Fase 3D. Al final de este formulario se incluye un listado de comprobación con toda la documentación que es necesario que envíen. Le recomendamos que repase detalladamente dicho listado ya que la no recepción de alguno de los documentos indicados hará que la evaluación del hospital no se inicie.

Es imprescindible que esta solicitud contenga toda la información solicitada y **esté firmada por los responsables indicados**.

Toda la documentación del hospital deberá ser enviada en soporte digital a evaluaciones@ihan.es, junto con la página de firmas escaneada (solo es necesario escanear la hoja de firmas). Para ello, organice por favor todos los documentos que se solicitan en carpetas o apartados, tal y como se indica en la tabla resumen al final de este documento.

|  |
| --- |
| **DATOS GENERALES DEL HOSPITAL** |
| **Nombre del hospital:** |       |
| **Dirección:** | [ ]  Calle [ ]  Avenida [ ]  Plaza      | **C.P.** |       |
| **Población/Provincia:** |       |
| **Comunidad Autónoma:** |       |
| **Teléfono del Hospital:** |       | **Fax:** |       |
| **Fecha de acreditación del hospital en fase 2D:** |       |
| **Fecha de solicitud:** |       |

*Indique los nombres de los responsables siguientes* ***solamente en caso de que haya alguna modificación*** *desde la fase anterior:*

|  |  |
| --- | --- |
| **JEFE DEL SERVICIO DE PEDIATRÍA/NEONATOLOGÍA** | **JEFE DEL SERVICIO DE OBSTETRICIA** |
| **Nombre y apellidos:** |       | **Nombre y apellidos:** |       |
| **Teléfono y extensión:** |       | **Teléfono y extensión:** |       |
| **E-mail:** |       | **E-mail:** |       |
| **SUPERVISOR DE MATERNIDAD** | **SUPERVISOR DE MATRONAS** |
| **Nombre y apellidos:** |       | **Nombre y apellidos:** |       |
| **Teléfono y extensión:** |       | **Teléfono y extensión:** |       |
| **E-mail:** |       | **E-mail:** |       |

*Indique la información siguiente y proceda a su firma y certificación:*

|  |  |
| --- | --- |
| **VISTO BUENO DEL RESPONSABLE DEL HOSPITAL** | **VISTO BUENO DEL COORDINADOR IHAN EN EL HOSPITAL** |
| **Cargo (Director/Gerente/****Administrador)** |       | **Cargo:** |       |
| **Nombre y apellidos:** |       | **Nombre y apellidos:** |       |
| **Teléfono y extensión:** |       | **Teléfono y extensión:** |       |
| **E-mail:** |       | **E-mail:** |       |
| **Fax:** |       | **Fax:** |       |
| **Firma y sello Fecha:**  | **Firma Fecha:**  |

**Con ambas firmas certificamos que la información aportada en este formulario es correcta y solicitamos la evaluación del hospital arriba indicado para su acreditación de Fase 3D (Fase de Difusión).**

*Indique, a continuación, información actualizada sobre los* ***datos básicos de su zona de influencia****:*

|  |
| --- |
| **Perfil del hospital:** |
| Población de referencia: |        |
| **Estadísticas en nacimientos** |
| Número de recién nacidos en el último año: |        |
| De los cuales: |
| Porcentaje de cesáreas sin anestesia general: |     % |
| Porcentaje de cesáreas con anestesia general: |     % |
| Porcentaje de recién nacidos que han precisado ingreso en la Unidad de Neonatología: |     % |

# RECOMENDACIONES Y MEJORAS REALIZADAS DESDE LA FASE DE ACREDITACIÓN 2D

Este apartado debe ser cumplimentado por aquellos centros para los que la fase 2D haya sido aprobada bajo la condición de presentar nueva documentación o modificaciones a la misma en esta fase 3D.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ¿Ha llevado a cabo alguna de las recomendaciones y mejoras referidas en el Informe de evaluación de la Fase 2D (Fase de Desarrollo) del hospital? | [ ]  Sí | [ ]  No |
| *En caso afirmativo, especifique detalladamente las mejoras y recomendaciones realizadas, agrupándolas por los diferentes temas.* *En caso de no haber acometido las recomendaciones relacionadas con alguno de los temas, indique ”Las recomendaciones no se han llevado a cabo hasta la fecha”.* TEMA 1. LA POLÍTICA DE ALIMENTACIÓN INFANTIL     TEMA 2. PLAN DE EVALUACIÓN DE COMPETENCIAS Y DE FORMACIÓN DEL PERSONAL     TEMA 3. PLAN DE COORDINACIÓN CON ATENCIÓN PRIMARIA Y GRUPOS DE APOYO     TEMA 4. ESTADÍSTICAS DE LACTANCIA      |
| * *Adjunte cualquier documentación relacionada con las recomendaciones y mejoras ejecutadas.*
 |

# LA POLÍTICA DE ALIMENTACIÓN INFANTIL

Para la cumplimentación de este apartado, véase el apartado 1 del documento Guía para la evaluación y acreditación de la Fase 3D, Fase de Difusión (descargable en la web [www.ihan.es](http://www.ihan.es)).

* 1. **Contenido de la Política de alimentación infantil**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ¿Ha sido modificada o actualizada su Política de alimentación infantil desde la obtención del certificado de acreditación de la Fase 2D del hospital?  | [ ]  Sí | [ ]  No |
| * *Adjunte copia de la Política de alimentación infantil actualizada, en caso afirmativo.*
 |

* 1. **Difusión de la Política a los profesionales**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| *Indique el porcentaje de personal que ha sido informado de la existencia de la política y de su contenido y responsabilidades asociada. La Política de alimentación infantil debe ser difundida a todo el personal con implicación directa (p.ej. ginecólogos, pediatras, matronas, enfermeras y auxiliares que trabajen en la Unidad neonatal, Maternidad y paritorio o consultas de ginecología), el personal con implicación indirecta (p.ej. anestesistas, enfermeras y auxiliares en la Unidad de reanimación siempre que no traten directamente a las madres y sus bebés) y el personal no clínico (p.ej. celadores, administrativos, personal de limpieza).**Escriba “No procede” si en el Hospital no hay personal contratado con esa categoría profesional. Utilice las celdas vacías para añadir otras categorías no especificadas.*

| Categoría profesional | Número real de profesionales (no tiempos de trabajo equivalentes) | Número de profesionales con más de un mes de antigüedad que han recibido información sobre la Política de alimentación infantil | Porcentaje de profesionales con más de un mes de antigüedad que han recibido información sobre la Política de alimentación infantil |
| --- | --- | --- | --- |
| Matronas |       |       | Ejemplo de cálculo: (nº de profesionales de una categoría a los que se ha difundido la Política/nº total de profesionales de la misma categoría)\*100 |
| Enfermeras de Unidad neonatal |       |       |       |
| Auxiliares de Unidad neonatal |       |       |       |
| Enfermeras de la Maternidad |       |       |       |
| Auxiliares de la Maternidad |       |       |       |
| Pediatras |       |       |       |
| Obstetras |       |       |       |
| Auxiliares de paritorio |       |       |       |
| Personal de consultas de Obstetricia |       |       |       |
| Anestesistas |       |       |       |
| Enfermeras de la Unidad de reanimación |       |       |       |
| Auxiliares de la Unidad de reanimación |       |       |       |
| Celadores |       |       |       |
| Administrativos |       |       |       |
| Personal de limpieza |       |       |       |
| Trabajadores sociales |       |       |       |
|       |       |       |       |
|       |       |       |       |
|       |       |       |       |

Datos actualizados a fecha: (Indique la fecha de obtención de los datos) |
| *Describa a continuación las actividades realizadas para la difusión de la política entre los profesionales del hospital.*       |
| ¿Dispone el hospital de un sistema de registro del personal que recibe información sobre la Política? | [ ]  Sí | [ ]  No |
| * *Adjunte certificado firmado por la Dirección del hospital que confirme el número y porcentaje de profesionales que ha recibido información sobre la existencia de la política y su contenido y responsabilidades asociadas (de acuerdo con los datos indicados anteriormente).*
 |

* 1. **Difusión de la Política de alimentación infantil entre los usuarios**

|  |
| --- |
| ¿Ha revisado los materiales de difusión de la versión abreviada de la Política para los usuarios para comprobar que: |
| * Está disponible al menos en los idiomas oficiales de la comunidad autónoma?
 | [ ]  Sí | [ ]  No |
| * Contiene explícitamente las prácticas clínicas clave (pasos 3 al 10) y una mención expresa al cumplimiento del Código?
 | [ ]  Sí | [ ]  No |
| * Especifica que la Política de alimentación infantil se cumple en el hospital?
 | [ ]  Sí | [ ]  No |
| * Especifica que cualquier usuario puede solicitar una copia íntegra de la Política de alimentación infantil?
 | [ ]  Sí | [ ]  No |
| * *Adjunte todos los materiales de difusión de la versión abreviada de la Política de alimentación infantil para los usuarios.*
 |
| *Indique a continuación, para cada uno de los materiales de difusión aportados, el método de difusión a los usuarios.*

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Material de difusión | Nombre del archivo adjunto a este formulario | Modo de entrega | Lugar de exposición | Formato de exposición/entrega |
| Ejemplo: Cartel |       | -- | En planta de maternidad y pasillos de las habitaciones. | Poster en color tamaño DIN A3, fijado a la pared. |
| Ejemplo: Folleto |       | A entregar a los padres en el momento del ingreso en planta de Maternidad | -- | Tríptico en color  |
|       |       |       |       |       |
|       |       |       |       |       |
|       |       |       |       |       |

 |

* 1. **Plan de seguimiento o monitorización de la Política**

|  |
| --- |
| * *Adjunte los resultados de la última monitorización de las prácticas y su grado de implementación realizada mediante la herramienta “Monitorización de las prácticas hospitalarias de atención al parto y la lactancia mediante encuestas a madres y embarazadas” (disponible en* [*www.ihan.es*](http://www.ihan.es)*).*
 |
| Indique el valor de los siguientes resultados: |
| Porcentaje de madres que, durante el embarazo, refiere haber recibido información antes de la semana 32 de gestación: |        |
| Porcentaje de madres que refiere que se le ha facilitado el enganche en la primera hora de vida del recién nacido: |        |
| Porcentaje de madres que refiere haber recibido ayuda a poner el recién nacido al pecho en las primeras 6 horas después del parto: |        |
| Porcentaje de madres que refiere que se le ha enseñado cómo puede extraerse la leche manualmente: |        |
| Porcentaje de madres que refieren haber recibido orientación sobre los controles al alta en el centro de salud y/o en la consulta de lactancia postnatal: |        |
| Porcentaje de madres que refiere haber sido informadas al alta sobre la existencia y contactos de grupos de apoyo: |        |

# EVALUACIÓN DE COMPETENCIAS Y FORMACIÓN ADECUADA DEL PERSONAL

Para la cumplimentación de este apartado, véase el apartado 2 del documento Guía para la evaluación y acreditación de la Fase 3D, Fase de Difusión (descargable en la web [www.ihan.es](http://www.ihan.es)).

Señale lo que corresponda, **Sí** o **No**.

* 1. **Número de profesionales en cada categoría**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| *Actualice la siguiente información, indicando el número total de profesionales sanitarios empleados con implicación directa e indirecta en el cuidado de las embarazadas y/o las madres y sus hijos en cada área y* ***que lleven 6 meses o más trabajando en el hospital****. Debe indicar* ***el número real de personas, no los tiempos de trabajo equivalentes****.*

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| CategoríasProfesionales (personal sanitario) | Nº en consulta prenatal | Nº en Hosp. Gestantes de alto riesgo | Nº en paritorio | Nº en Maternidad | Nº en Unidad Neonatal | Nº en Área Quirúrgica (cesáreas) | Nº en Reanimación (postquirúrgica) |
| Matronas |       |       |       |       |       |       |       |
| Enfermeras |       |       |       |       |       |       |       |
| Auxiliares |       |       |       |       |       |       |       |
| Pediatras |       |       |       |       |       |       |       |
| Obstetras |       |       |       |       |       |       |       |
| Anestesistas |       |       |       |       |       |       |       |
| Otros:      |       |       |       |       |       |       |       |
|       |       |       |       |       |       |       |       |

 |
|  |
| **Número total de profesionales con implicación directa** (*casillas en color blanco en la tabla anterior*): |       |
| De los cuales: |
| Número total de profesionales con implicación directa CON formación previa en lactancia: |       |
| Número total de profesionales con implicación directa SIN formación previa en lactancia: |       |
| **Número total de profesionales con implicación indirecta** (*casillas sombreadas en la tabla anterior*). |       |
| *Nota: Las enfermeras y auxiliares de la reanimación deberán ser consideradas con implicación directa* ***solamente*** *si son responsables de la atención al niño en las primeras horas tras el nacimiento.* |
| *Actualice, asimismo, el número de profesionales no clínicos que no están directamente involucrados en la atención a la lactancia materna (p.ej. administrativos, celadores, trabajadores sociales, personal de limpieza) y* ***que lleven 6 meses o más trabajando en el hospital****.*

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| CategoríasProfesionales (personal no sanitario) | Nº en consulta prenatal | Nº en Hosp. Gestantes de alto riesgo | Nº en paritorio | Nº en Maternidad | Nº en Unidad Neonatal | Nº en Área Quirúrgica (cesáreas) | Nº en Reanimación (postquirúrgica) |
| Administrativos |       |       |       |       |       |       |       |
| Celadores |       |       |       |       |       |       |       |
| Trabajadores Sociales |       |       |       |       |       |       |       |
| Personal de limpieza |       |       |       |       |       |       |       |

 |
| **Número total de profesionales no sanitarios** (total según lo indicado en la tabla anterior). |       |

* 1. **Evaluación de competencias**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ¿Ha sido modificado o actualizado su Plan de evaluación de competencias desde la obtención del certificado de acreditación de la Fase 2D del hospital?  | [ ]  Sí | [ ]  No |
| * *Adjunte copia del Plan de evaluación de competencias actualizado, en caso afirmativo.*
 |

* + 1. **Resultados de la evaluación de competencias**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ¿Se ha elaborado un informe de resultados de la evaluación de competencias?  | [ ]  Sí | [ ]  No |
| ¿El informe de resultados de la evaluación de competencias ha sido validado por la Comisión de Lactancia del hospital?  | [ ]  Sí | [ ]  No |
| * *Adjunte informe de resultados de la evaluación de competencias que contenga, al menos:*
	+ *Metodología utilizada para la evaluación de competencias.*
	+ *Número de profesionales evaluados por categoría profesional y porcentaje con respecto al número total de profesionales a evaluar (aquellos con formación previa en lactancia materna).*
	+ *Responsable/s de la realización de la evaluación de competencias.*
	+ *Cuándo se ha realizado la evaluación de competencias (fecha o periodo).*
	+ *Resultados de la evaluación de competencias: Los resultados de la evaluación de competencias deben identificar aquellas competencias de los profesionales a mejorar.*
 |

* + 1. **Plan de acción**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ¿Se ha elaborado un plan de acción?  | [ ]  Sí | [ ]  No |
| El plan de acción se ha elaborado tomando en consideración, al menos:  |
| * Los resultados de la evaluación de competencias
 | [ ]  Sí | [ ]  No |
| * Los resultados obtenidos en el plan de seguimiento o monitorización de las prácticas (véase apartado 2.4 de este Formulario de Solicitud)
 | [ ]  Sí | [ ]  No |
| ¿El plan de acción ha sido aprobado por la Dirección del hospital?  | [ ]  Sí | [ ]  No |
| * *Adjunte plan de acción aprobado por la Dirección del hospital en el que se indiquen, al menos:*
	+ *Las acciones y/o tareas aprobadas para cubrir los déficits de competencias detectados (en base al informe de resultados anterior) y la mejora de los resultados de la monitorización de las prácticas (véase apartado 2.4 de este Formulario de Solicitud).*
	+ *Los responsables y recursos para llevarlas a cabo (actividades formativas y su contenido, herramientas, etc).*
	+ *Fechas previstas de implantación de estas actividades y/o tareas.*
	+ *Actividades de seguimiento planificadas para asegurar la implantación de estas acciones/tareas y responsable/s de este seguimiento.*
 |

* 1. **Plan de formación básico**

**NOTA: En esta Fase se debe mostrar la formación básica realizada para profesionales sanitarios de atención indirecta a la lactancia materna y profesionales no sanitarios, así como para aquellos profesionales de atención directa a la lactancia materna y de nueva incorporación que no acrediten formación previa en lactancia.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ¿Ha sido modificado o actualizado su Plan de formación básico desde la obtención del certificado de acreditación de la Fase 2D del hospital?  | [ ]  Sí | [ ]  No |
| * *Adjunte copia del Plan de formación básico actualizado, en caso afirmativo.*
 |

* + 1. **Resultados del plan de formación**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| *Utilice los registros de asistencia a las actividades de formación en lactancia para completar la siguiente tabla.*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Categoría profesional | Número real de profesionales (no tiempos de trabajo equivalentes) | Número de profesionales con más de 6 meses de antigüedad que han completado la formación en lactancia | Porcentaje de profesionales con más de 6 meses de antigüedad que han completado la formación en lactancia |
| Matronas |       |       | *Ejemplo de cálculo: (nº de profesionales de una categoría que han completado la formación / nº total de profesionales de la misma categoría)\*100* |
| Enfermeras de Unidad neonatal |       |       |       |
| Auxiliares de Unidad neonatal |       |       |       |
| Enfermeras de la Maternidad |       |       |       |
| Auxiliares de la Maternidad |       |       |       |

 |
|

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Categoría profesional | Número real de profesionales (no tiempos de trabajo equivalentes) | Número de profesionales con más de 6 meses de antigüedad que han completado la formación en lactancia | Porcentaje de profesionales con más de 6 meses de antigüedad que han completado la formación en lactancia |
| Pediatras |       |       |       |
| Obstetras |       |       |       |
| Auxiliares de paritorio |       |       |       |
| Personal de consultas de Obstetricia |       |       |       |
| Enfermeras en Reanimación  |       |       |       |
| Auxiliares en Reanimación |       |       |       |
| Enfermeras en hospitalización de gestantes de alto riesgo |       |       |       |
| Auxiliares en hospitalización de gestantes de alto riesgo |       |       |       |
| Anestesistas |       |       |       |
|       |       |       |       |
|       |       |       |       |
|       |       |       |       |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

Datos actualizados a fecha: *(Indique la fecha de obtención de los datos)* |
| ¿La sesión formativa del personal no clínico no implicado en la lactancia materna se ha hecho coincidir con las actividades de difusión de la Política de alimentación infantil a las que han asistido? | [ ]  Sí | [ ]  No |
| *En caso negativo, utilice los registros de asistencia a las sesiones formativas para personal no clínico para completar la siguiente tabla.*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Categoría profesional | Número real de profesionales (no tiempos de trabajo equivalentes) | Número de profesionales que han asistido a la sesión formativa | Porcentaje de profesionales con más de que han asistido a la sesión formativa |
| Administrativos |       |       | *Ejemplo de cálculo: (nº de profesionales de una categoría que han completado la formación / nº total de profesionales de la misma categoría)\*100* |
| Celadores |       |       |       |
| Trabajadores Sociales |       |       |       |
| Personal de limpieza |       |       |       |

Datos actualizados a fecha: *(Indique la fecha de obtención de los datos)* |
| * *Adjunte resumen de actividades de formación, según se indica en la lista de comprobación que figura al final de este formulario.*
 |
| El resumen de actividades de formación contiene, al menos:  |
| * Todos los cursos y sesiones formativas realizados y su fecha de realización, indicando categoría/s profesional/es a las que estaban dirigidos.
 | [ ]  Sí | [ ]  No |
| * El programa detallado de cada curso para cada grupo o categoría profesional (temario, profesores y número de horas teóricas y prácticas).
 | [ ]  Sí | [ ]  No |
| * La descripción detallada de las prácticas, en su caso.
 | [ ]  Sí | [ ]  No |
| * El currículum breve del profesorado.
 | [ ]  Sí | [ ]  No |
| * La documentación entregada a los alumnos.
 | [ ]  Sí | [ ]  No |
| * El número y categoría profesional de los asistentes a cada curso/sesión formativa.
 | [ ]  Sí | [ ]  No |
| * El número de asistentes que completan la formación y se dan como aprobados.
 | [ ]  Sí | [ ]  No |
| * *Adjunte certificado firmado por la Dirección del hospital que confirme el número y porcentaje de profesionales que han recibido la formación.*

*En el caso del personal de implicación directa en la atención a la lactancia materna, el certificado debe incluir el número y porcentaje de profesionales que han sido evaluados en sus competencias o recibido formación básica adecuada a sus necesidades.**Compruebe que los datos certificados son acordes a los incluidos en el apartado 3.3.1.* |

# PROTOCOLOS Y GUÍAS

Para la cumplimentación de este apartado, véase el apartado 3 del documento Guía para la evaluación y acreditación de la Fase 3D, Fase de Difusión (descargable en la web [www.ihan.es](http://www.ihan.es)).

* 1. **Protocolos de asistencia**

|  |
| --- |
| * *Adjunte los protocolos siguientes, aprobados por la Dirección del hospital:*
* *Protocolo de atención al parto normal.*
* *Protocolo de atención al recién nacido tras el nacimiento en paritorio (Contacto piel con piel precoz y primera toma de pecho).*
* *Protocolo de apoyo a la lactancia en la Maternidad.*
* *Protocolo de atención a la madre que no amamanta.*
 |
| * *Adjunte otros protocolos o guías que tenga el hospital y estén indirectamente relacionados con la lactancia (p.ej. protocolo de ictericia, cuidados del recién nacido prematuro, manejo y tratamiento de la hipoglucemia en niños amamantados, etc)*
 |

# MATERIALES INFORMATIVOS Y DE DIFUSIÓN A MUJERES

Para la cumplimentación de este apartado, véase el apartado 4 del documento Guía para la evaluación y acreditación de la Fase 3D, Fase de Difusión (descargable en la web [www.ihan.es](http://www.ihan.es)).

Señale lo que corresponda, **Sí** o **No**.

* 1. **Materiales informativos y de difusión a embarazadas**

|  |
| --- |
| * *Adjunte los materiales informativos que se estén entregando a las embarazadas.*
 |

* 1. **Materiales informativos y de difusión a nuevas madres**

|  |
| --- |
| * *Adjunte los materiales informativos que se estén entregando a las nuevas madres, incluyendo a aquellas madres que no amamantan.*

*Entre los materiales informativos a madres que no amamantan se deben incluir:** *Información para las madres sobre la forma segura de preparar leche de fórmula siguiendo las indicaciones de la OMS.*
* *Información sobre la forma de favorecer el vínculo fomentando el contacto íntimo con la madre, que resalte la importancia del contacto piel con piel para el lactante durante las primeras semanas de vida..*
 |
| *Indique a continuación, para cada uno de los materiales de informativos aportados, el método de difusión a las nuevas madres, teniendo en cuenta que pueden ser en formato papel o digital.*

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Material de difusión | Nombre del archivo adjunto a este formulario | Modo de entrega | Madres a las que está dirigido | Formato de exposición/entrega |
| Ejemplo: Cartel |       | -- | A todas las nuevas madres | Poster en color tamaño DIN A3, fijado a la pared. |
| Ejemplo: Folleto para madres que no amamantan |       | A entregar a las madres junto al informe de alta | Madres que no amamantan | Tríptico en color  |
| Ejemplo: Video informativo para madres de recién nacidos ingresados en la Unidad neonatal |       | A entregar a las madres por las enfermeras de Maternidad tras el parto | A las madres con niños/as ingresados en la Unidad neonatal | CD, código bidi |
|       |       |       |       |       |
|       |       |       |       |       |

 |
|  |
| ¿Se da información sobre alimentación artificial a las madres que amamantan? |
| [ ]  Sí a todas | [ ]  No, solo a las que lo necesitan |

# COORDINACIÓN CON ATENCION PRIMARIA Y GRUPOS DE APOYO

Para la cumplimentación de este apartado, véase el apartado 5 del documento Guía para la evaluación y acreditación de la Fase 3D, Fase de Difusión (descargable en la web [www.ihan.es](http://www.ihan.es)).

Señale lo que corresponda, **Sí** o **No**.

* 1. **Coordinación con Atención Primaria para la Información a las embarazadas**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ¿Ha sido modificado o actualizado su Plan de información para las embarazadas desde la obtención del certificado de acreditación de la Fase 2D del hospital? | [ ]  Sí | [ ]  No |
| * *Adjunte copia de la Plan de información para las embarazadas, en caso afirmativo.*
 |

* 1. **Coordinación con Atención Primaria y grupos de apoyo. Atención al alta**

|  |
| --- |
| * *Adjunte el protocolo de coordinación con atención primaria, consensuado y firmado por las Direcciones y Servicios.*
 |
| * *Adjunte el listado de los grupos de apoyo que existan o que se estén formando en la localidad.*
 |
| * *Adjunte el protocolo de información al alta.*
 |
| El protocolo de información al alta contiene, al menos:  |
| * Cómo se proporciona la información a las madres de todos los medios de apoyo a su disposición tras el alta hospitalaria.
 | [ ]  Sí | [ ]  No |
| * Quién es el responsable de proporcionar esta información a las madres.
 | [ ]  Sí | [ ]  No |
| * La información por escrito a entregar, con detalle de cómo contactar con la matrona y/o personal sanitario, grupos de apoyo, medios de contacto (teléfono), etc.
 | [ ]  Sí | [ ]  No |
| * Operativa seguida para garantizar la actualización de la información.
 | [ ]  Sí | [ ]  No |
| * El mecanismo establecido para garantizar que la primera visita al recién nacido en atención primaria se realiza en los primeros 2-4 días tras el alta.
 | [ ]  Sí | [ ]  No |
| ¿Dispone el Hospital de consulta de lactancia u otros medios de atención al alta (teléfono, atención en urgencia hospitalaria, etc.)? | [ ]  Sí | [ ]  No |
| *Por favor, especifique los medios de atención al alta disponibles:*      |

# ADHESIÓN AL CÓDIGO DE COMERCIALIZACION DE SUCEDÁNEOS DE LECHE MATERNA

Para la cumplimentación de este apartado, véase el apartado 6 del documento Guía para la evaluación y acreditación de la Fase 3D, Fase de Difusión (descargable en la web [www.ihan.es](http://www.ihan.es)).

Señale lo que corresponda, **Sí** o **No**.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ¿Ha comprobado que toda la información que se entrega a las embarazadas y madres esté libre de cualquier tipo de promoción de sucedáneos de leche materna, biberones, tetinas y chupetes? | [ ]  Sí | [ ]  No |
| ¿Ha utilizado la herramienta de monitorización del Código disponible en [www.ihan.es](http://www.ihan.es)?  | [ ]  Sí | [ ]  No |
| * *Adjunte certificado firmado por la Dirección con el compromiso a comprar la fórmula infantil, biberones, tetinas y chupetes a precio no inferior al del mercado (o con un descuento máximo del 30% sobre el precio minorista si se desconoce el precio al por mayor).*
 |
| * *Adjunte o escriba a continuación el resumen de las actividades de difusión del código realizadas.*

       |

# ESTADÍSTICAS DE LACTANCIA

Para la cumplimentación de este apartado, véase el apartado 7 del documento Guía para la evaluación y acreditación de la Fase 3D, Fase de Difusión (descargable en la web [www.ihan.es](http://www.ihan.es) ).

|  |
| --- |
| * *Adjunte el Formulario de indicadores de lactancia 2020 (descargable en* [*www.ihan.es*](http://www.ihan.es)*) debidamente actualizado y cumplimentado.*
 |

# LISTA DE COMPROBACIÓN DE LOS DOCUMENTOS A ENVIAR JUNTO CON ESTE FORMULARIO

Señale a continuación los documentos anexados a la Solicitud de certificado de la Fase 3D. Como ya le ha sido indicado al inicio de esta solicitud, es necesario enviar toda la documentación que figura en este listado. La no recepción de alguno de estos documentos hará que la evaluación del hospital se retrase.

En caso de que alguno de estos documentos no se pueda adjuntar, deberá especificar la razón y el plazo en el que se realizará el envío. En caso de que la información contenida en este documento esté ya detallada en el formulario de solicitud, indíquese “EN FORMULARIO” en el apartado “Nombre del documento”.

Todos los documentos deben ser agrupados por temas e identificando claramente cada tema con el nombre que se indica en la siguiente tabla. *Algunos ejemplos: puede enviarse la documentación en formato comprimido dividiendo los archivos por carpetas o puede enviarse la documentación en varios correos electrónicos identificando el tema en el asunto.*

| **Si** | **No** | **Documentos a enviar.** | **NOMBRE(s) DEL DOCUMENTO(s)** |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | **TEMA: RECOMENDACIONES Y MEJORAS REALIZADAS DESDE LA FASE DE ACREDITACIÓN 2D** |  |
| [ ]  | [ ]  | 1. Documentación relacionada con las recomendaciones y mejoras ejecutadas.
 |       |
|  |  | **TEMA: POLÍTICA DE ALIMENTACIÓN INFANTIL** |  |
| [ ]  | [ ]  | 1. La Política de alimentación infantil actualizada, si se ha modificado desde la acreditación 2D del Hospital.
 |       |
| [ ]  | [ ]  | 1. Certificado firmado por la Dirección sobre el número de profesionales que han sido informados de la existencia, contenido y sus responsabilidades en la Política.
 |       |
| [ ]  | [ ]  | 1. Materiales de difusión de la versión abreviada de la política para usuarios.
 |       |
| [ ]  | [ ]  | 1. Resultados de la última monitorización de las prácticas y su grado de implementación.
 |       |
|  |  | **TEMA: EVALUACIÓN DE COMPETENCIAS Y FORMACIÓN ADECUADA DEL PERSONAL** |  |
| [ ]  | [ ]  | 1. Plan de evaluación de competencias actualizado, en caso de haber sido modificado desde la acreditación 2D del hospital.
 |       |
| [ ]  | [ ]  | 1. Informe de resultados de la evaluación de competencias.
 |       |
| [ ]  | [ ]  | 1. Plan de acción relacionado con la evaluación de competencias y la monitorización de las prácticas.
 |       |
| [ ]  | [ ]  | 1. Plan de formación de profesionales actualizado, en caso de haber sido modificado desde la acreditación 2D del hospital.
 |       |
| [ ]  | [ ]  | 1. Resumen de actividades de formación, incluyendo los programas detallados de los cursos.
 |       |
| [ ]  | [ ]  | 1. Certificado firmado por la Dirección sobre el número y porcentaje de profesionales que han sido evaluados en sus competencias y número y porcentaje de profesionales que han recibido formación.
 |       |
|  |  | **TEMA: PROTOCOLOS Y GUÍAS** |  |
| [ ]  | [ ]  | 1. Protocolo de atención al parto normal.
 |       |
| [ ]  | [ ]  | 1. Protocolo de atención al recién nacido tras el nacimiento en paritorio (Contacto piel con piel precoz y primera toma de pecho).
 |       |
| [ ]  | [ ]  | 1. Protocolo de apoyo a la lactancia en la Maternidad.
 |       |
| [ ]  | [ ]  | 1. Protocolo de atención a la madre que no amamanta.
 |       |
| [ ]  | [ ]  | 1. Otros protocolos o guías del hospital indirectamente relacionados con la lactancia (p.ej. protocolo de ictericia, cuidados del recién nacido prematuro, manejo y tratamiento de la hipoglucemia en los niños amamantados…)
 |       |
|  |  | **TEMA: MATERIALES INFORMATIVOS Y DE DIFUSIÓN A MUJERES** |  |
| [ ]  | [ ]  | 1. Materiales informativos para las embarazadas.
 |       |
| [ ]  | [ ]  | 1. Materiales informativos para nuevas madres.
 |       |
| [ ]  | [ ]  | 1. Materiales informativos para las madres que no amamantan.
 |       |
|  |  | **TEMA: COORDINACIÓN CON ATENCIÓN PRIMARIA Y GRUPOS DE APOYO** |  |
| [ ]  | [ ]  | 1. Protocolo de coordinación con atención primaria, consensuado y firmado por las Direcciones y Servicios.
 |       |
| [ ]  | [ ]  | 1. Listado de grupos de apoyo que existan o se estén formando en la localidad.
 |       |
| [ ]  | [ ]  | 1. Protocolo de información al alta.
 |       |
| [ ]  | [ ]  | 1. Plan de información a la embarazada actualizado, en caso de modificación desde la acreditación 2D del hospital.
 |       |
|  |  | **TEMA: CÓDIGO DE COMERCIALIZACIÓN DE SUCEDÁNEOS** |  |
| [ ]  | [ ]  | 1. Certificado firmado por la Dirección con el compromiso a comprar la fórmula infantil, biberones, tetinas y chupetes a precio no inferior al del mercado (o con un descuento máximo del 30% sobre el precio minorista si se desconoce el precio al por mayor).
 |       |
| [ ]  | [ ]  | 1. Resumen de actividades de difusión del Código realizadas.
 |       |
|  |  | **TEMA: ESTADÍSTICAS DE LACTANCIA** |  |
| [ ]  | [ ]  | 1. Formulario de indicadores de lactancia 2020
 |       |