



IHAN-España

Formulario de solicitud de certificado de la Fase 1D

(Fase de Descubrimiento)

**Unidades Neonatales**

**2022**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| DATOS GENERALES DEL HOSPITAL | | | |
| **Nombre del hospital:** |  | | |
| **Dirección:** |  | **C.P.** |  |
| **Población/Provincia:** |  | | |
| **Comunidad Autónoma:** |  | | |
| **Teléfono del Hospital:** |  | **Fax:** |  |
| Fecha de solicitud: | Haga clic aquí para escribir una fecha. | | |

Complete este formulario con la información indicada, señale los dos siguientes recuadros y firme en los campos establecidos:

**Solicitamos el registro de la intención del hospital de poner en funcionamiento la Iniciativa Hospital IHAN mediante la aplicación de los 10 Pasos adaptados para las Unidades Neonatales y trabajar para conseguir la acreditación de la Unidad Neonatal**.

**Estamos informados de que la acreditación se realizará en tres fases adicionales a esta, y que para conseguir la acreditación de cada una de ellas se deberá realizar el pago de los gastos que la IHAN estipule\*.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| VISTO BUENO DEL RESPONSABLE DEL HOSPITAL | | VISTO BUENO DEL COORDINADOR Neo- 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:**  **Firma y sello Fecha:** | | **Fax:**  **Firma Fecha:** | |

|  |  |
| --- | --- |
| **VISTO BUENO SERVICIOS/RESPONSABLES IMPLICADOS** | |
| **Fdo. Nombre y apellidos:**  **Jefe de Servicio Neonatología** | **Fdo. Nombre y apellidos:**  **Supervisor de Neonatología** |

***\* La IHAN es una entidad sin ánimo de lucro, las cantidades abonadas estarán destinadas al mantenimiento de la entidad, así como al pago de los evaluadores, dietas y desplazamientos.***

Remita esta solicitud **junto con el Cuestionario de Autoevaluación** al correo electrónico[**evaluaciones@ihan.es**](mailto:evaluaciones@ihan.es)**.**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **CARACTERÍSTICAS GENERALES DEL HOSPITAL** | | | | |
| **El hospital es:**  *[Señale lo correcto, una o varias opciones]* | un hospital general con maternidad  un hospital de universitario  un hospital de nivel I , II , III  un hospital público | | un hospital privado  un hospital público de gestión privada  otros (especificar) | |
| **Número total de camas hospitalarias:** |  | | | |
| 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: | | | | % |

| **SERVICIOS PRENATALES** | | |
| --- | --- | --- |
| ¿Provee el hospital atención prenatal (dentro o fuera del recinto hospitalario)?  *[Si la respuesta es No, vaya a la última pregunta en esta sección]* | Sí | No |
| ¿Qué porcentaje de madres que dan a luz en este hospital asisten a control prenatal en el hospital? | % | |
| ¿Existen camas designadas para embarazos de alto riesgo? | Sí | No |
| En caso afirmativo, ¿cuántas? |  | |
| ¿Qué porcentaje de madres dan a luz sin atención prenatal? | % | No se sabe |
| ¿Existe comisión prenatal ? | Sí | No |

| **SERVICIOS DE PARTO Y PUERPERIO** | | | | | | | |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **RESPONSABLE DEL SERVICIO DE OBSTETRICIA:** | | | | | | | |
| **Nombre y apellidos:** | |  | | **Cargo:** | |  | |
| **Teléfono y extensión:** | |  | | | | | |
| **E-mail:** | |  | | | | | |
| **RESPONSABLE DE MATRONAS:** | | | | | | | |
| **Nombre y apellidos:** | |  | | **Cargo:** | |  | |
| **Teléfono y extensión:** | |  | | | | | |
| **E-mail:** | |  | | | | | |
| Existe comisión perinatal | | Sí  No | | Periodicidad de reuniones | | | |
| **Numero de camas de parto patológico** | |  | | | | | |
| **Número de camas en las salas de parto (paritorios):** | |  | | | | | |
| **Número de camas en maternidad (área de puerperio):** |  | | **Número promedio/día de madres con bebés nacidos a término en el área de maternidad:** | |  | | |
| ¿Existen áreas en la maternidad designadas para la observación de recién nacidos sanos (comúnmente llamadas **“nidos”**)? | | | | | Sí | | No |

| **UNIDAD NEONATAL** | | | | | | |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **RESPONSABLE DEL SERVICIO NEONATOLOGIA** | | | | | | |
| **Nombre y apellidos:** |  | | **Cargo:** | |  | |
| **Teléfono y extensión:** |  | | | | | |
| **E-mail:** |  | | | | | |
| **SUPERVISOR/RESPONSABLE DE LA UNIDAD NEONATAL** | | | | | | |
| **Nombre y apellidos:** |  | | **Cargo:** | |  | |
| **Teléfono y extensión:** |  | | | | | |
| **E-mail:** |  | | | | | |
| Nivel Asistencial II , III  A , B  o C | | Promedio de ingresos/día en este área: | |  | | |
| Nº puestos totales de la Unidad Neonatal  (UCIN + hospitalización) | |  | | | | |
| Nº puestos agudos /graves UCI neonatal | |  | | | | |
| Nº puestos intermedios en la Unidad Neonatal | |  | | | | |
| Nº puestos hospitalización Unidad Neonatal | |  | | | | |
| EXISTE CONSULTA DE SEGUMIENTO NEONATAL | | Sí | | | | No |
| EXISTE CONSULTA DE SEGUMIENTO DE LACTANCIA NEONATAL | | Sí | | | | No |
| Nº aproximado ingresos RN <1500 g/año | |  | | | |  |
| Nº aproximado ingresos RN <1000 g/año | |  | | | |  |

| **COMISIÓN DE LACTANCIA** |
| --- |
| ¿Existe comisión de lactancia en el hospital?  Sí  No  ¿Existe comisión, subcomisión o grupo de trabajo especifico de lactancia en la unidad neonatal ?  Sí  No |