

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****.**

|  |
| --- |
| **CARACTERÍSTICAS GENERALES DEL HOSPITAL** |
| **El hospital es:** *[Señale lo correcto, una o varias opciones]* | [ ]  un hospital general con maternidad[ ]  un hospital de universitarioun 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 |