**Formulario de solicitud del certificado de la Fase 1D (Fase de Descubrimiento)**

**Hospitales-Maternidad**

**IHAN-España**

**2021**

|  |
| --- |
| DATOS GENERALES DEL HOSPITAL |
| **Nombre del hospital:** |       |
| **Dirección:** | [ ]  Calle [ ]  Avenida [ ]  Plaza      | **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 hacia una Feliz Lactancia Natural en la Maternidad y trabajar para conseguir la acreditación del Hospital**.

**[ ]  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 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 de Pediatría/Neonatología** | **Fdo. Nombre y apellidos:** **Jefe de Servicio de Obstetricia** |
| **Fdo. Nombre y apellidos:** **Supervisor de Maternidad** | **Fdo. Nombre y apellidos:** **Supervisor de Matronas** |

***\* 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 |

| **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:** |       |
| **Número de camas en las salas de parto (paritorios):** |       |

| **SERVICIOS DE MATERNIDAD** |
| --- |
| **RESPONSABLE DEL SERVICIO DE PEDIATRIA**  |
| **Nombre y apellidos:** |       | **Cargo:** |       |
| **Teléfono y extensión:** |       |
| **E-mail:** |       |
| **SUPERVISOR/RESPONSABLE DE LA MATERNIDAD** |
| **Nombre y apellidos:** |       | **Cargo:** |       |
| **Teléfono y extensión:** |       |
| **E-mail:** |       |
| **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 |
| En caso afirmativo, describa su uso: Qué niños ingresan en ella, cuanto tiempo y/o para qué se utiliza:      | Promedio de ingresos/día en este área: |       |
| ¿Dispone el hospital de **Unidad de Neonatología** para el ingreso de recién nacidos prematuros o enfermos? | [ ]  Sí | [ ]  No |
| En caso afirmativo, cumplimente las siguientes casillas: |
| **Nivel I** [ ] , **II** [ ] , **III** [ ]  | Promedio de ingresos/día en este área: |       |
| **RESPONSABLE DEL SERVICIO DE NEONATOLOGÍA** |
| **Nombre y apellidos:** |       | **Cargo:** |       |
| **Teléfono y extensión:** |       |
| **E-mail:** |       |

| **COMISIÓN DE LACTANCIA** |
| --- |
| ¿Existe comisión de lactancia en el hospital? [ ]  Sí [ ]  No |