

## ANEXO I

### SOLICITUD PARA LA OBTENCIÓN DE LA ACREDITACIÓN DE TUTORES DE FORMACIÓN SANITARIA ESPECIALIZADA DE MEDICINA Y ENFERMERÍA FAMILIAR Y COMUNITARIA DE LA UNIDAD DOCENTE DE PLASENCIA

Don/Dña. \_\_\_\_\_

Médico  / Enfermero  del Centro Salud / Consultorio \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ con DNI \_\_\_\_\_, Teléfono \_\_\_\_\_

y correo electrónico \_\_\_\_\_

#### EXPONE:

Que reúne los criterios suficientes establecidos en el actual Programa de la Especialidad para la consecución de los objetivos especificados en el área referida y por tanto

#### SOLICITA:

Ser **acreditado/ a** o **Re-acreditado/ a** como **tutor/ a** para la formación de residentes de la Unidad Docente de AFy C de Plasencia en la

Especialidad de **Medicina**  **Enfermería**  Familiar y Comunitaria

comprometiéndome a cumplir las tareas y obligaciones que el programa de la especialidad contempla con los residentes que me sean adscritos, llevar a cabo el **Protocolo de Supervisión** vigente ([www.areasaludplasencia.es](http://www.areasaludplasencia.es)), así como disponerme a colaborar en la posible inspección y/ o auditoria de su trabajo clínico y docente y a colaborar en su evaluación, análisis y discusión, si es solicitado por la Comisión de Docencia de la Unidad Docente.

En Plasencia a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_\_

Firma (el solicitante)

Firma y Vº Bº (Coordinador /Responsable Centro de Salud)

**SR / SRA . PRESIDENTE DE LA COMISIÓN DE DOCENCIA**

## ANEXO II

### CUESTIONARIO DE ACREDITACIÓN DE TUTORES DE MEDICINA Y ENFERMERÍA FAMILIAR Y COMUNITARIA - DATOS DEL SOLICITANTE-

Nombre y Apellidos \_\_\_\_\_

Consultorio / Centro de Salud \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

#### TITULACIÓN

Titulación en Medicina Familiar y Comunitaria \_\_\_\_ Vía MIR ( ) / No MIR ( ) año \_\_\_\_

Titulación en Enfermería Familiar y Comunitaria \_\_\_\_\_ Si ( ) No ( )

Otras titulaciones \_\_\_\_\_

#### SITUACIÓN

Tiempo de experiencia en Equipo de Atención Primaria \_\_\_\_\_

Fecha en la que se incorporó a su puesto actual \_\_\_\_\_

Tiempo experiencia como tutor residentes de la especialidad \_\_\_\_\_

Fecha en la que se incorporó como tutor \_\_\_\_\_

Propietario de plaza en el Equipo de Atención Primaria:

Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Prevé estabilidad en la plaza durante los próximos 2 - 4 años

Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Asistencia a las sesiones del Centro de Salud por año (al menos al  $\geq 70\%$ )

Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Presentación de sesiones en el Centro de Salud/ año (al menos 1/año)

Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

En el Caso de no haberlo realizado, compromiso de asistencia a las mismas ( $>70\%$ ) y de impartición de al menos una sesión al año.

Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

La valoración las sesiones clínicas, etc debe ser avalada con la firma del coordinador del EAP en el Anexo.

Compromiso de realización de entrevistas de tutorización, tutor-residente, (al menos 4 en cada año de residencia) Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Trabajos científicos referidos al Programa de la especialidad en los últimos 4 años (se le ofrece una moratoria de 2 años, a partir de éste momento para que se comprometa a hacerlo y a presentar la documentación en éste caso)

Publicaciones: artículos de revistas, capítulos de libro, comunicaciones a congresos, jornadas al menos 1  
Autores / Título / Lugar Publicación / Año publicación / ISBN-ISSN

Proyecto de investigación en curso o consolidado, financiado por organismo público ó no financiado

Haber conseguido una beca o premio en los 4 últimos años

## VALORACIÓN DE MÉRITOS: CRÉDITOS

### PERFIL CLÍNICO-ASISTENCIAL *(Se refiere al último año de asistencia)*

1.- Utilización de historia clínica informatizada de JARA (se valorarán diferentes ítems como estar relleno los programas de salud, seguimiento de pacientes, actividades preventivas, factores de riesgo y hábitos tóxicos, etc.).

Si ( ) No ( )

2.- Realización de otros programas clínicos-asistenciales ofertados para todo el EAP: cirugía menor, EPS, etc.

*Especificar*

3- Gestión de recursos:

a) *Número TIS*

b) *Número medio de consultas a demanda / día*

*Menos 10    Entre 10-20    Entre 21-30    Entre 31 –40    Más de 40*

c) *Tiempo medio de consulta a demanda en minutos*

*Más de 8 min                      Entre 5-8 min                      Menos 5 min*

d) *Número medio visitas a domicilio a demanda a la semana*

e) *Consultas programadas en consulta a la semana*

f) *Consultas programadas en domicilio a la semana*

*3-5 / mes                      6-7 /mes                      Más de 7*

g) *Actividades preventivas en la consulta                      No    Si*

h) Porcentaje de desviación referido a otros tutores de centros docentes, otros CS homogéneos, referente al Área de Salud y/ ó al SES.

- % desviación > 20% en interconsultas a otras especialidades
- % desviación de > 20% del índice de frecuentación
- % desviación de > 20% de las I.T.
- % desviación del gasto farmacéutico < 20%

i) Indicadores de calidad asistencial:

- Hemoglobinas glicadas en diabéticos < 7, el 70% de los pacientes
- Hipertensos controlados > 70% pacientes
- EPOC bien diagnosticados, 70% con espirometrías realizadas, etc.

j) Indicadores farmacéuticos de prescripción de calidad:

- Simvastatina/ total estatinas
- Omeprazol/ otros IB
- Otros que tengan los farmacéuticos de Área

4. Es Coordinador del Equipo de Atención Primaria

Si \_\_\_\_\_ ¿Desde cuando? \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

### PERFIL DOCENTE

5.- Actividades referidas a áreas competenciales del Programa de Atención Familiar y

Comunitaria impartidas en cursos, seminarios o talleres organizados por organismos oficiales, sociedades científicas con o sin acreditación por la Comisión de Formación Continuada, en los últimos 4 años.

6.- Colaboración con la Unidad Docente en grupos de trabajos en cualquiera de las siguientes actividades: responsables de tutores, comisiones de acreditación, comisiones de docencia, comités de evaluación.

7.- Experiencia docente del tutor (años)

8.- Evaluaciones realizadas por los residentes a los colaboradores y tutores  
(A rellenar por U. Docente)

9.- Disponibilidad para impartir formación (práctica en Medicina o Enfermería de Familia, Entrevista Clínica, Atención a la familia y a la Comunidad, Epidemiología, Estadística, ECO: Alta () Media () Baja())

Áreas de preferencia Docente \_\_\_\_\_

#### **PERFIL INVESTIGADOR**

10.- Otros méritos:

- \* Haber sido colaborador docente previamente desde hace \_\_\_\_\_ años
- \* Miembro editorial de una revista científica de Atención Primaria
- \* Coordinador grupo investigador
- \* Gestión
- \* Miembro de comité revisor de revistas de Atención Primaria , congresos...
- \* Doctorado
- \* Tesis
- \*Otros Méritos

Firma (el solicitante)

Firma y Vº Bº (Coordinador /Responsable Centro de Salud)

**SR / SRA. PRESIDENTE DE LA COMISIÓN DE DOCENCIA**