

	AUTORIZACION DE PROGRAMA PARA ATENDER ACTIVIDAD ASISTENCIAL ADICIONAL 2025 <b>ATENCIÓN HOSPITALARIA</b>
<b>PROGRAMA DE REFUERZO</b>	
DEPARTAMENTO DE SALUD / HACLE	

TIPO DE SOLICITUD	
	Nueva Solicitud      Continuidad
2.1. Mejora accesibilidad	2.1.1. Área quirúrgica 2.1.2. Área de consultas 2.1.3. Área de técnicas diagnósticas
2.2. Gestión de la demanda	2.2.1. Hospitalización 2.2.2. Urgencias 2.2.3. Hospitalización a domicilio 2.2.4. Unidades de esterilización 2.2.5. Atención farmacéutica a pacientes externos. 2.2.6. Otro:
2.3. Programas específicos	2.3.1. Gestión I.T. 2.3.2. Cribado Ca. colorrectal 2.3.3. Cribado Ca. mama 2.3.4. Otro:

INFORME-SOLICITUD DE JEFATURA DE SERVICIO
<b><u>Servicio/Unidad Solicitante:</u></b>
<b><u>Resumen del contenido del programa:</u></b>
<b><u>Objetivo de Actividad del programa:</u></b>
[A] Actividad que se va a realizar en cada módulo o sesión:
Actividad: <span style="float: right;">Cantidad:</span>

Actividad:

Cantidad:

Actividad:

Cantidad:

**Sólo Farmacia Hospitalaria:**

- Número anual pacientes diferentes atendidos en la consulta externa por unidad de recurso ponderado disponible (PRPD):

**Fechas de realización del programa:**

- Fecha de inicio:
- Fecha de fin:

**Cantidad total de módulos o sesiones a realizar durante la ejecución del programa:**

Módulos de            horas de duración

Sesiones de            horas de duración

- Cantidad total de módulos/sesiones solicitadas:

**Dotación de plantilla para la realización de los módulos/sesiones:**

Gr.Prof.:            Número:            Descripción:

Gr.Prof.:            Número:            Descripción:

Gr.Prof.:            Número:            Descripción:

Gr.Prof.:            Número:            Descripción:

Gr.Prof.:            Número:            Descripción:

**Se va a producir desplazamiento de profesionales:**

Sí. *(Adjuntar Anexo IV con el informe de la UDCA y la autorización de la Gerencia - ambos- del centro de origen de los profesionales que se desplazan).*

No.

*Fecha y firma del solicitante*

<b>INFORME UDCA</b>
<b>CÓDIGO ÚNICO DE PROGRAMA</b>
[AÑO]+[MES]+[TIPO CENTRO]+[CÓD. CENTRO]+[TIPO SOLICITUD]+[Nº ORDEN]+[CÓD. CONTINUIDAD]
<p><b><u>SOLO para sesiones quirúrgicas:</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Número medio, en los últimos doce meses, de intervenciones quirúrgicas programadas, realizadas en jornada ordinaria, de la especialidad homologada para la que se solicita el programa:           <p><b>[B]:</b></p> </li> <li>- Número medio mensual, en los últimos doce meses, de entradas y salidas de la Lista de Espera Quirúrgica (LEQ) en la especialidad homologada para la que se solicita el programa:           <ul style="list-style-type: none"> <li>• Salidas por Intervención:</li> <li>• Salidas por derivación a Plan de Choque:</li> <li>• Entradas:</li> <li>• <b>[C] Indicador calculado:</b></li> </ul> </li> <li>- Índice Espera/Demora medio en los últimos doce meses en la especialidad homologada para la que se solicita el programa [D]:           <ul style="list-style-type: none"> <li>• Prioridad 2:</li> <li>• Prioridad 3:</li> </ul> </li> </ul> <p><b><u>SOLO para Módulos de Consultas Externas:</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Número medio, en los últimos doce meses, de primeras consultas externas, realizadas en jornada ordinaria, de la especialidad homologada para la que se solicita el programa:           <p><b>[B]:</b></p> </li> <li>- Número medio mensual, en los últimos doce meses, de entradas y salidas de Lista de Espera de Consultas Externas (LECEX) en la especialidad homologada para la que se solicita el programa:           <ul style="list-style-type: none"> <li>• Salidas por Primeras Consultas Realizadas:</li> <li>• Entradas de Primeras Consultas:</li> <li>• <b>[C] Indicador calculado:</b></li> </ul> </li> <li>- Índice Espera/Demora medio en los últimos doce meses en la especialidad homologada para la que se solicita el programa:           <p><b>[D]:</b></p> </li> </ul>

**SOLO para Módulos/Sesiones de Técnicas Diagnósticas:**

- Número medio, en los últimos doce meses, de Técnicas Diagnósticas o Terapéuticas programadas, realizadas en jornada ordinaria, de la prestación homologada para la que se solicita el programa:

**[B]:**

- Número medio mensual, en los últimos doce meses, de entradas y salidas de la Lista de Espera de Técnicas (LETEC) de la prestación homologada para la que se solicita el programa:

- Salidas por Primeras Técnicas Realizadas:

- Entradas:

- **[C] Indicador calculado:**

- Índice Espera/Demora medio en los últimos doce meses para la prestación homologada para la que se solicita el programa:

**[D]:**

**SOLO para Farmacia:**

- Dotación de plantilla de consulta externa en jornada ordinaria dedicada a UFPE:

Gr.Prof.:	Descripción:	Número:	Horas:
-----------	--------------	---------	--------

- Número total anual de pacientes diferentes atendidos en la consulta externa de farmacia hospitalaria anual:

- Número anual pacientes diferentes atendidos en la consulta externa por unidad de recurso ponderado disponible (PRPD):

**[B]:**

- Porcentaje de pacientes incluidos en seguimiento telemático o consulta no presencial y dispensación en proximidad respecto al total de pacientes atendidos adscritos al departamento de salud.

**[C]:**

*Fecha y firma UDCA*

**INFORME GERENCIA**

**Confirmación de criterios de autorización de programas:**

Tanto el personal participante y el servicio para el que se solicita el programa cumplen con los objetivos asignados en materia de desempeño y calidad asistencial.

El servicio para el que se solicita el programa realiza un adecuado uso de recursos en el desempeño de su actividad ordinaria.

La actividad para la que se solicita el programa no puede ser asumida durante la jornada ordinaria dentro de la ASI a la que pertenece el servicio solicitante.

- Resultados de la última evaluación del programa si la hubiese:
  
- Justificación de solicitud del programa en caso de evaluación previa desfavorable:
  
- ¿Se considera que la cantidad de módulos/sesiones y su dotación correspondiente son pertinentes y suficientes para el cumplimiento de los objetivos del programa?

**DECLARACIÓN**

- 1) *El personal que participe lo hará con carácter voluntario.*
- 2) *El personal que participe realizará los módulos o sesiones del presente programa fuera de jornada ordinaria de trabajo y de atención continuada.*
- 3) *Se certifica la veracidad de la información contenida en la solicitud.*

**AUTORIZACIÓN**

**AUTORIZADA Y FAVORABLE.** El programa cumple con todos los criterios para su autorización.

**AUTORIZADA Y FAVORABLE, CON CONDICIONES.** Aunque no cumple con todos los criterios de autorización, se considera que el programa aporta mejoras a la consecución de los objetivos departamentales asignados. A la finalización del período se revisará el cumplimiento de todos los criterios.

**NO AUTORIZADA Y DESFAVORABLE.** El programa no cumple, de forma general, los criterios de autorización.

*Fecha y firma de Gerencia del Departamento*