

 <b>GENERALITAT VALENCIANA</b> <small>Conselleria de Sanidad</small>	<b>AUTORITZACIÓ DE PROGRAMA PER A ATENDRE ACTIVITAT ASSISTENCIAL ADDICIONAL</b> <b>ATENCIÓ PRIMÀRIA</b>	
<b>DEPARTAMENT DE SALUT</b>		
<b>TIPUS DE SOL·LICITUD</b>	<input type="checkbox"/> Nova Sol·licitud <input type="checkbox"/> Continuitat	
	<b>1.1. Millora accessibilitat i gestió de la demanda</b> <input type="checkbox"/>	
	<b>1.2. Programes específics</b>	<input type="checkbox"/> 1.2.1. Gestió I.T. (d'acord amb la prioritització que es realitze des d'inspecció) <input type="checkbox"/> 1.2.2. Programes assistencials: ecografies (mín 3/hora) <input type="checkbox"/> 1.2.3. Programes assistencials: retinografies (mín 12/hora) <input type="checkbox"/> 1.2.4. Programes assistencials: Cir. Men. (mín 2/hora) <input type="checkbox"/> 1.2.5. Vacunació i altres que s'autoritzen (mín 15/hora)
<b>CENTRE /UNIDAT</b>		
<b>DESCRIPCIÓ DE L'ACTIVITAT ORDINÀRIA</b>	<i>Descripció de l'activitat durant la jornada laboral ordinària de les categories professionals sol·licitades. Incloga, com a mínim el tipus d'activitat per a la qual se sol·licita el mòdul:</i>	

	<b>Dotació actual de les categories professionals de la plantilla del servei/unitat per les quals se sol·licita el programa:</b>
	<b>Dades de la demanda (Incloua dades de la demora i rendiment mensual en l'últim any en l'activitat per a la qual sol·licita el programa):</b>
	<b>Índex de càrrega de malaltia del cupo (Alumbra_SIA):</b>

DESCRIPCIÓ DEL PROGRAMA	<b>Títol/Resum:</b> [NOTA. En el cas de l'activitat realitzada per personal facultatiu, els requisits mínims per a cursar una sol·licitud seran la inclusió en agenda de 5 a 6 consultes per hora. L'activitat no haurà d'incloure avisos a domicili ni atenció a pacients crònics complexos]
	Data d'inici: Data de fi:
	<b>Objectius a cobrir durant la duració del programa i impacte esperat en termes quantitius:</b>
	<b>Agenda en la qual es reflectirà esta activitat:</b>

	<b>Número de procediment, tècniques, visites o informes a realitzar per mòdul:</b>
	¿Existix desplaçament algun professional?  <input type="checkbox"/> Sí ( <i>Adjuntar acceptació de la gerència d'origen</i> ) <input type="checkbox"/> No

<b>NECESSITATS</b>	Tipus d'activitat: <input type="checkbox"/> Mòduls (4 hores)
	Quantitat total sol·licitada:
	<b>Nº i categoria de professionals:</b>
	Quantitat:                      Categoria:
	Quantitat:                      Categoria:
	Quantitat:                      Categoria:

<b>DECLARACIÓ</b>	1) El personal que participe farà amb caràcter voluntari. 2) El personal que participe realitzarà els mòduls o sessions del present programa fora de jornada ordinària de treball i d'atenció continuada. 3) El personal que participe haurà complert els objectius assignats al mateix relacionats amb l'accessibilitat, rendiment assistencial i ús adequat de recursos.
-------------------	--

PROPOSA L'AUTORITZACIÓ DEL PROGRAMA	SOL·LICITA L'AUTORITZACIÓ DEL PROGRAMA	APROVA LA SOL·LICITUD
Prefectura de servici o responsable de la unitat assistencial  Data:	Gerència del Departament  Data:	Direcció General de At. Primària  Data:

<b>AUTORITZA EL PROGRAMA</b>
          Director General d'Informació Sanitària, Qualitat i Avaluació199 Data: