

 <b>GENERALITAT VALENCIANA</b> Conselleria de Sanidad	AUTORIZACION DE PROGRAMA PARA ATENDER ACTIVIDAD ASISTENCIAL ADICIONAL  <b>ATENCIÓN HOSPITALARIA</b>
DEPARTAMENTO DE SALUD / HACLE	

TIPO DE SOLICITUD	<input type="checkbox"/> Nueva Solicitud <input type="checkbox"/> Continuidad				
	2.1. Mejora accesibilidad	<input type="checkbox"/> 2.1.1. Área quirúrgica <input type="checkbox"/> 2.1.2. Área de consultas <input type="checkbox"/> 2.1.3. Área de técnicas diagnósticas			
	2.2. Gestión de la demanda	<input type="checkbox"/> 2.2.1. Hospitalización <input type="checkbox"/> 2.2.2. Urgencias <input type="checkbox"/> 2.2.3. Hospitalización a domicilio <input type="checkbox"/> 2.2.4. Unidades de esterilización <input type="checkbox"/> 2.2.5. Otro:			
	2.3. Programas específicos	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; vertical-align: top;">2.3.1. At. Hospitalaria</td> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> <input type="checkbox"/> 2.3.1.1. Gestión I.T.  <input type="checkbox"/> 2.3.1.2. Vacunación  <input type="checkbox"/> 2.3.1.3. Cribado Ca. Colorrectal  <input type="checkbox"/> 2.3.1.4. Otro:         </td> </tr> <tr> <td style="vertical-align: top;">2.3.2. At Farmacia Hospitalaria</td> <td style="vertical-align: top;"> <input type="checkbox"/> 2.3.2.1. At. Pacientes externos  <input type="checkbox"/> 2.3.2.2. Otro:         </td> </tr> </table>	2.3.1. At. Hospitalaria	<input type="checkbox"/> 2.3.1.1. Gestión I.T. <input type="checkbox"/> 2.3.1.2. Vacunación <input type="checkbox"/> 2.3.1.3. Cribado Ca. Colorrectal <input type="checkbox"/> 2.3.1.4. Otro:	2.3.2. At Farmacia Hospitalaria
2.3.1. At. Hospitalaria	<input type="checkbox"/> 2.3.1.1. Gestión I.T. <input type="checkbox"/> 2.3.1.2. Vacunación <input type="checkbox"/> 2.3.1.3. Cribado Ca. Colorrectal <input type="checkbox"/> 2.3.1.4. Otro:				
2.3.2. At Farmacia Hospitalaria	<input type="checkbox"/> 2.3.2.1. At. Pacientes externos <input type="checkbox"/> 2.3.2.2. Otro:				

SERVICIO /UNIDAD	
------------------	--

DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD ORDINARIA	<i>Descripción de la actividad durante la jornada laboral ordinaria de las categorías profesionales solicitadas. Incluya, como mínimo el tipo de actividad para la que se solicita el módulo.</i>
---------------------------------------	---

	<p><b>Dotación actual de las categorías profesionales de la plantilla del servicio/unidad para las que se solicita el programa:</b></p>
	<p><b>Datos de la demanda. Incluya datos de la demora y rendimiento mensual en el último año en la actividad para la que solicita el programa:</b></p>

<p>A CUMPLIMENTAR ÚNICAMENTE POR FARMACIA HOSPITALARIA</p>	<p><b>Nº SIPs diferentes atendidos en la UFPE departamental (valor interanual):</b></p>
	<p><b>Nº pacientes en seguimiento farmacoterapéutico telemático:</b></p>
	<p><b>Horario ordinario de atención al público en UFPE departamental:</b></p>
	<p><b>Nº Consultas totales (presenciales + telemáticas). Dato cuatrimestral:</b></p>
	<p><b>Nº Consultas atención farmacéutica inicios, cambios, otros (PRM, Result. Salud, etc):</b></p>
	<p><b>Nº consultas telemáticas y nº entregas (OF, CS, SFH-ágil):</b></p>
	<p><b>Nº dispensaciones totales en la UFPE (líneas dispensadas):</b></p>



<b>DECLARACIÓN</b>	<p>1) El personal que participe lo hará con carácter voluntario.</p> <p>2) El personal que participe realizará los módulos o sesiones del presente programa fuera de jornada ordinaria de trabajo y de atención continuada.</p> <p>3) El personal que participe habrá cumplido los objetivos asignados al mismo relacionados con la accesibilidad, rendimiento asistencial y uso adecuado de recursos.</p>
--------------------	--

<b>PROPONE LA AUTORIZACIÓN DEL PROGRAMA</b>	<b>SOLICITA LA AUTORIZACIÓN DEL PROGRAMA</b>	<b>APRUEBA LA SOLICITUD</b>
<p>Jefatura de servicio o responsable de la unidad asistencial</p> <p>Fecha:</p>	<p>Gerencia del Departamento/Dirección HACLE</p> <p>Fecha:</p>	<p>Dirección General Atención Hospitalaria/Farmacia</p> <p>Fecha:</p>

<b>AUTORIZA EL PROGRAMA</b>
<p>Director General de Información Sanitaria, Calidad y Evaluación</p> <p>Fecha:</p>