

 GENERALITAT VALENCIANA Conselleria de Sanidad	AUTORIZACION DE PROGRAMA PARA ATENDER ACTIVIDAD ASISTENCIAL ADICIONAL ATENCIÓN HOSPITALARIA
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: 30%;">2.3.1. At. Hospitalaria</td> <td> <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>2.3.2. At Farmacia Hospitalaria</td> <td> <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>Dotación actual de las categorías profesionales de la plantilla del servicio/unidad para las que se solicita el programa:</p>
	<p>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:</p>

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

DESCRIPCIÓN DEL PROGRAMA	Título/Resumen:
	Fecha de inicio: Fecha de fin:
	Objetivos a cubrir durante la duración del programa e impacto esperado en términos cuantitativos:
	Número de procedimiento, técnicas, visitas o informes a realizar por módulo o sesión:
	¿Existe desplazamiento de algún profesional? <input type="checkbox"/> Sí. (Adjuntar aceptación de la gerencia de origen) <input type="checkbox"/> No

NECESIDADES	Tipo de actividad: <input type="checkbox"/> Sesiones (5 horas) <input type="checkbox"/> Módulos (4 horas)
	Cantidad total solicitada:
	Nº y categoría de profesionales:
	Cantidad: Categoría:
	Cantidad: Categoría:
	Cantidad: Categoría:

DECLARACIÓN	<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>
--------------------	--

PROPONE LA AUTORIZACIÓN DEL PROGRAMA	SOLICITA LA AUTORIZACIÓN DEL PROGRAMA	APRUEBA LA SOLICITUD
<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>

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