

## Nombre del recurso

Introduzca el nombre del recurso:

---

## Datos de localización

Autonomía: \_\_\_\_\_

Provincia: \_\_\_\_\_

Localidad: \_\_\_\_\_

Centro en el que se ubica (localidad) \_\_\_\_\_

Ó escriba el centro \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

C.P. \_\_\_\_\_

## Datos de contacto

Teléfono 1 \_\_\_\_\_ (ext) \_\_\_\_\_

Teléfono 2 \_\_\_\_\_ (ext) \_\_\_\_\_

Fax \_\_\_\_\_

Móvil \_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_

Página web \_\_\_\_\_

## Fecha de inicio de actividad

Año: \_\_\_\_\_ Mes: \_\_\_\_\_ Día: \_\_\_\_\_

---

## Tipo de recurso

- Unidad o equipo hospitalario de Cuidados Paliativos**  
Equipo de atención hospitalaria con asignación de camas propias y estructura física específica
- Unidad o equipo de Cuidados Paliativos en centro-sanitario o media-larga estancia**  
Equipo de Cuidados Paliativos o equipo de profesionales con dedicación parcial que dispone de camas propias pudiendo tener, o no, estructura física propia
- Equipo de soporte hospitalario**  
Equipo de atención hospitalaria sin asignación de camas propias
- Equipo mixto**  
Programa de Cuidados Paliativos con camas propias pero sin estructura física de Unidad
- Equipo de Atención Domiciliaria de Cuidados Paliativos**  
Equipo de Atención Domiciliaria de Cuidados Paliativos
- Otros**

## Entidad responsable del recurso

- Entidad Pública**
- Entidad Privada concertada** (concierto, convenio o subvención)
- Entidad Privada sin concertar**
- Otras**

## Entidad responsable de la gestión económica

---

## Dispositivos asistenciales

Seleccionar tantos como se tengan.

- Centro de día
  - Consultas externas
  - Atención Continuada telefónica 24 horas (contestador no válido)
  - Asesoría a profesionales AP
  - Interconsulta hospitalaria
  - Atención continuada presencial 24 horas
  - Asesoría telefónica al paciente
  - Visita domiciliaria
  - Ingreso en camas propias
  - Ingreso a cargo del equipo
-



**Formación especializada (Sólo médicos)**

Nº con M. Interna	
Nº con Oncología	
Nº con M. F. y Comunitaria	
Nº con Geriatria	
Nº con otra especialidad	
Nº sin ninguna especialidad	

## Actividad docente acreditada 2007

Indicar el número de profesionales que han realizado estancias (solo incluir los que hayan estado más de 15 días).

	Estudiantes	Residentes	Post-grado
Medicina			
Enfermería			
Psicología			
Otros			

## Actividad investigadora 2007

Incluir (solo número) toda la actividad científica desarrollada en el periodo de estudio.

Nº de Comunicaciones/póster	
Nº de Artículos publicados	
Nº de Monografías	
Nº de Proyectos de investigación financiados	
Nº de Tesis doctorales leídas	

## Actividad asistencial 2007

- Incluir actividad total correspondiente al 2007 (Todo el año)
- El total de pacientes incluye a los pediátricos

	Oncológicos	No oncológicos
Nº total de pacientes nuevos/año		
Nº total de pacientes fallecidos		
Estancia media en programa (días)		
Nº total de pacientes pediátricos		

## Procedencia de los pacientes

	Procedencia de los pacientes (en %)
Atención primaria	
Atención especializada	
Recursos específicos de Cuidados Paliativos	
Otros	

---

## Actividad del año 2007

Centro de día	
Consultas externas	
Nº de Interconsultas hospitalarias	
Nº de camas específicas de cp	
Nº de pacientes ingresados	
Estancia media del ingreso hospitalario	
Nº total de visitas domiciliarias	
Media de visitas por paciente	
Nº de consultas telefónicas	
Nº de pacientes atendidos en el día	

## Cuestionario Final

**De forma genérica ¿considera la actividad de su equipo como específica de Cuidados Paliativos o podría catalogarse como dedicación parcial?**

- La actividad del equipo es específica de Cuidados Paliativos
- La actividad del equipo es compartida con otras actividades asistenciales

Indicar la dedicación a Cuidados Paliativos (en %) \_\_\_\_