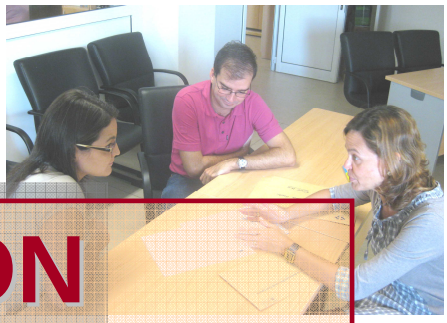
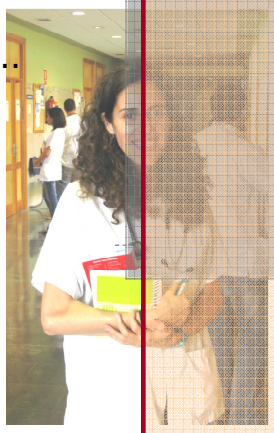
Servicio Canario de la Salud Gerencia Atención Primaria Area Salud de Gran Canaria	**EVALUACION FORMATIVA** **Médicos Residentes MIR 4 MFyC** **Las Palmas** **2011-2012** **LEF MIR4 2.012-2.013 v.2.1**	Unidad Docente Multiprofesional Atención Familiar y Comunitaria Las Palmas Norte y Sur



EVALUACION FORMATIVA

MIR 4 MFyC Las Palmas



- Sesiones Docentes
- Self-Audit
- Incidentes Críticos
- Tutorías
- Videograbación Docente
- Observación Estructurada
- Mini CEX

MIR:

Tutor:

Centro de Salud:

SESIONES DOCENTES

El número mínimo de sesiones docentes que como residente tienes que impartir en el Centro de Salud a lo largo del cuarto año de residencia es de **cinco.**

Las sesiones docentes podrán ser de los **siguientes tipos**:

- Sesión Clínica
- Sesión Bibliográfica
- Presentación de Caso Clínico
- Actualización de un tema
- Resolución de una Pregunta Clínica
- Presentación de una experiencia docente o clínica
- Presentación de un Proyecto de Investigación (no hace referencia al Trabajo de Investigación MIR fin residencia)

Lo **temas a tratar** en las sesiones pueden ser, entre otros:

- Clínicos
- Gestión de la consulta
- Competencias profesionales

SESIÓN DOCENTE 1

FECHA :

TIPO DE SESIÓN :

TEMA :

TÍTULO :

BREVE RESUMEN:

- ¿Has entregado algún tipo de material?
- ¿Qué técnicas de presentación has utilizado?
- ¿Has conseguido la participación de los asistentes?
- ¿Te han hecho preguntas sobre la sesión?
- ¿Has sabido responder satisfactoriamente a las preguntas?
- ¿Cuál es tu valoración global de la sesión?

Firma del médico residente *Firma del tutor*

SESIÓN DOCENTE 2

FECHA :

TIPO DE SESIÓN :

TEMA :

TÍTULO :

BREVE RESUMEN:

- ¿Has entregado algún tipo de material?
- ¿Qué técnicas de presentación has utilizado?
- ¿Has conseguido la participación de los asistentes?
- ¿Te han hecho preguntas sobre la sesión?
- ¿Has sabido responder satisfactoriamente a las preguntas?
- ¿Cuál es tu valoración global de la sesión?

Firma del médico residente *Firma del tutor*

SESIÓN DOCENTE 3

FECHA :

TIPO DE SESIÓN :

TEMA :

TÍTULO :

BREVE RESUMEN:

- ¿Has entregado algún tipo de material?
- ¿Qué técnicas de presentación has utilizado?
- ¿Has conseguido la participación de los asistentes?
- ¿Te han hecho preguntas sobre la sesión?
- ¿Has sabido responder satisfactoriamente a las preguntas?
- ¿Cuál es tu valoración global de la sesión?

Firma del médico residente *Firma del tutor*

SESIÓN DOCENTE 4

FECHA :

TIPO DE SESIÓN :

TEMA :

TÍTULO :

BREVE RESUMEN:

- ¿Has entregado algún tipo de material?
- ¿Qué técnicas de presentación has utilizado?
- ¿Has conseguido la participación de los asistentes?
- ¿Te han hecho preguntas sobre la sesión?
- ¿Has sabido responder satisfactoriamente a las preguntas?
- ¿Cuál es tu valoración global de la sesión?

Firma del médico residente *Firma del tutor*

SESIÓN DOCENTE 5

FECHA :

TIPO DE SESIÓN :

TEMA :

TÍTULO :

BREVE RESUMEN:

- ¿Has entregado algún tipo de material?
- ¿Qué técnicas de presentación has utilizado?
- ¿Has conseguido la participación de los asistentes?
- ¿Te han hecho preguntas sobre la sesión?
- ¿Has sabido responder satisfactoriamente a las preguntas?
- ¿Cuál es tu valoración global de la sesión?

Firma del médico residente *Firma del tutor*

SESIÓN DOCENTE 6

FECHA :

TIPO DE SESIÓN :

TEMA :

TÍTULO :

BREVE RESUMEN:

- ¿Has entregado algún tipo de material?
- ¿Qué técnicas de presentación has utilizado?
- ¿Has conseguido la participación de los asistentes?
- ¿Te han hecho preguntas sobre la sesión?
- ¿Has sabido responder satisfactoriamente a las preguntas?
- ¿Cuál es tu valoración global de la sesión?

Firma del médico residente *Firma del tutor*

SESIÓN DOCENTE 7

FECHA :

TIPO DE SESIÓN :

TEMA :

TÍTULO :

BREVE RESUMEN:

- ¿Has entregado algún tipo de material?
- ¿Qué técnicas de presentación has utilizado?
- ¿Has conseguido la participación de los asistentes?
- ¿Te han hecho preguntas sobre la sesión?
- ¿Has sabido responder satisfactoriamente a las preguntas?
- ¿Cuál es tu valoración global de la sesión?

Firma del médico residente *Firma del tutor*

SESIÓN DOCENTE 8

FECHA :

TIPO DE SESIÓN :

TEMA :

TÍTULO :

BREVE RESUMEN:

- ¿Has entregado algún tipo de material?
- ¿Qué técnicas de presentación has utilizado?
- ¿Has conseguido la participación de los asistentes?
- ¿Te han hecho preguntas sobre la sesión?
- ¿Has sabido responder satisfactoriamente a las preguntas?
- ¿Cuál es tu valoración global de la sesión?

Firma del médico residente

ENTREVISTAS CON EL TUTOR

Las entrevistas con el tutor han de ser como **mínimo de cuatro al año**. El contenido debe incluir:

- Valoración de los conocimientos y habilidades adquiridos
- Valoración de conocimientos y habilidades pendientes de adquirir
- Planificación del aprendizaje y de la responsabilidad progresiva
- Seguimiento del aprendizaje
- Informe y comentarios sobre la evaluación
- Seguimiento del Libro del residente
- Seguimiento de las sesiones clínicas
- Valoración del self-audit
- Valoración de los incidentes críticos
- Revisión de la Evaluación trimestral
- Valoración de la ECOE

Es importante planificar con tiempo estas reuniones para evitar en lo posible imprevistos que la impidan. Una duración de **30-45 minutos** puede ser suficiente para tocar todos los puntos anteriores.

Además de estas reuniones fijas, en cualquier momento le podrás pedir al tutor/a un tiempo de encuentro para comentar algún aspecto concreto de tu formación que te preocupe.

TUTORIA 1 Fecha

¿En qué conocimientos y habilidades se encuentras más seguro/a?

¿Qué conocimientos y habilidades consideras que son más necesarios adquirir?

¿Cómo van a organizar el aprendizaje?

¿Cómo van a planificar la responsabilidad progresiva?

El Libro del Residente, seguimiento y supervisión

Firmado:
Médico Residente *Tutor/a*

TUTORIA 2 Fecha

¿En qué conocimientos y habilidades se encuentras más seguro/a?

¿Qué conocimientos y habilidades consideras que son más necesarios adquirir?

Valoración del plan de responsabilidad progresiva

Modificación del plan de responsabilidad progresiva

Valoración de las Sesiones Clínicas

Supervisión del Self-Audit

Valoración de un Incidente Crítico

El Libro del Residente, seguimiento y supervisión

Revisión de Evaluación Trimestral

Firmado:
Médico Residente *Tutor/a*

TUTORIA 3 Fecha

¿En qué conocimientos y habilidades se encuentras más seguro/a?

¿Qué conocimientos y habilidades consideras que son más necesarios adquirir?

Valoración del plan de responsabilidad progresiva

Modificación del plan de responsabilidad progresiva

Valoración de las Sesiones Clínicas

Supervisión del Self-Audit

Valoración de un Incidente Crítico

El Libro del Residente, seguimiento y supervisión

Revisión de Evaluación Trimestral

Firmado:
Médico Residente *Tutor/a*

TUTORIA 4 Fecha

¿En qué conocimientos y habilidades se encuentras más seguro/a?

¿Qué conocimientos y habilidades consideras que son más necesarios adquirir?

Valoración del plan de responsabilidad progresiva

Modificación del plan de responsabilidad progresiva

Valoración de las Sesiones Clínicas

Supervisión del Self-Audit

Valoración de un Incidente Crítico

El Libro del Residente, seguimiento y supervisión

Revisión de Evaluación Trimestral

Firmado:
Médico Residente *Tutor/a*

TUTORIA 5 Fecha

¿En qué conocimientos y habilidades se encuentras más seguro/a?

¿Qué conocimientos y habilidades consideras que son más necesarios adquirir?

Valoración del plan de responsabilidad progresiva

Modificación del plan de responsabilidad progresiva

Valoración de las Sesiones Clínicas

Supervisión del Self-Audit

Valoración de un Incidente Crítico

El Libro del Residente, seguimiento y supervisión

Revisión de Evaluación Trimestral

Firmado:
Médico Residente *Tutor/a*

TUTORIA 6 Fecha

Temas a tratar:

Aspectos a destacar de la tutoría:

Conclusión final:

Firmado
Médico Residente

Tutor

TUTORIA ECOE **Fecha**

¿Cómo te sentiste el día de la ECOE?

¿Estás satisfecho/a con tus resultados?

¿En qué estaciones te sentiste mejor?

¿En qué estaciones piensas que lo podías haber hecho mejor?

¿Estas percepciones coinciden con la evaluación?

¿En qué estaciones tipo de áreas y/o competencias se sientes más seguro/a?

¿Has pensado o iniciado ya alguna actividad para mejorar el resto de áreas y competencias?

Firmado
Médico Residente *Tutor*

INCIDENTES CRÍTICOS

Un incidente crítico es aquella situación de la práctica clínica que haya **sorprendido, provocado dudas o inquietud**. Suelen ser situaciones no clínicas, con dificultad para resolver, que ocasiona preguntas y reflexión. Puede tener lugar en la consulta a demanda, programada, en urgencias, o en el domicilio de un paciente.

Te proponemos realizar la detección y evaluación de **dos incidentes críticos** que hayas vivido a lo largo de este último año de residencia.

- Un incidente crítico en el que haya podido existir un **conflicto de valores morales-éticos**

- Un incidente crítico en el que haya podido estar en juego aspectos relacionado con **la confidencialidad** en la relación con el paciente o con la información al paciente y/o familia.

De cada uno de estos incidentes críticos realizarás un informe que comentarás posteriormente con tu tutor.

Incidente Crítico 1

Fecha:

Descripción del caso:

¿Cuál fue tu actitud?

Si te volvieras a enfrentar a una situación similar, ¿cómo lo harías?

¿Qué has aprendido de este incidente?

Firmado:
Médico Residente *Tutor/a*

Incidente Crítico 2

Fecha:

Descripción del caso:

¿Cuál fue tu actitud?

Si te volvieras a enfrentar a una situación similar, ¿cómo lo harías?

¿Qué has aprendido de este incidente?

Firmado:
Médico Residente *Tutor/a*

Unidad Docente Multiprofesional
Atención Familiar y Comunitaria
Las Palmas Norte y Sur

SELF-AUDIT

El self-audit es una **evaluación retrospectiva** de la práctica asistencial realizada por el **propio profesional** sobre algún aspecto concreto de su propia actividad. Durante el proceso compara la situación real con unos estándares definidos previamente como deseables.

Es una herramienta de gran potencial educativo, pues no sólo facilita que los profesionales sean **conscientes de su práctica clínica** sino que además sirve para detectar necesidades de formación.

El objetivo final es **aprender de los propios errores** y así mejorar la práctica clínica.

La evaluación de cada uno de los pacientes es **cualitativa**. Importa más que seas consciente de tu propia actuación que el porcentaje de cumplimiento de los estándares de calidad.

En relación con self-audit te proponemos realizar dos tareas:

1º Tarea:

Realizar un self-audit de tus propias actuaciones a través de las historias clínicas. Es suficiente con auditar 10 historias clínicas cada trimestre de los siguientes ámbitos de actuación:

- 1º trimestre: 10 historias clínicas de pacientes que han sido valorados por ti en el Servicio de Urgencias de Doctoral (1ª parte). *Entrega la Unidad Docente.*
- 2º trimestre: 10 historias clínicas de pacientes diagnosticados de Diabetes Mellitus tipo 2.
- 3º trimestre: 10 historias clínicas de pacientes incluidos en el Programa de Prevención y Control de la Enfermedad Cardiovascular diagnosticados de RCV Alto.
- 4º trimestre: 10 historias clínicas de pacientes que han sido valorados por ti en el Servicio de Urgencias de Doctoral (2ª parte). *Entrega la Unidad Docente.*

2º Tarea:

- 3º - 4º trimestre: Diseñar por ti mismo un self-audit, eligiendo el aspecto clínico que más te interese y decidiendo los criterios que vas a recoger. Para ello te servirá de ejemplo los self-audit anteriores.

SELF-AUDIT **Historias de Urgencias – 1ª parte**

Fecha:

Documentos revisados (identificación de los pacientes y valoración individual)
(copia de los informes de urgencias emitidos tras la valoración del paciente)

Nª	INICIALES del PACIENTE	Sexo	Edad	FECHA dd/mm/aaaa	HORA (am/pm)
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					

PUNTOS A DESTACAR

PUNTOS A MEJORAR

OBJETIVOS PARA UNA PRÓXIMA EVALUACIÓN

Firma del Médico Residente *Firma del tutor*

SELF-AUDIT **Historias Diabéticos tipo2**

Fecha:

Documentos revisados (identificación de los pacientes y valoración individual)
(copia de los informes de urgencias emitidos tras la valoración del paciente)

Nª	INICIALES del PACIENTE	Sexo	Edad	FECHA dd/mm/aaaa	HORA (am/pm)
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					

PUNTOS A DESTACAR

PUNTOS A MEJORAR

OBJETIVOS PARA UNA PRÓXIMA EVALUACIÓN

Firma del Médico Residente *Firma del tutor*

SELF-AUDIT **Historias de enfermos RCV Alto**

Fecha:

Documentos revisados (identificación de los pacientes y valoración individual)
(copia de los informes de urgencias emitidos tras la valoración del paciente)

Nª	INICIALES del PACIENTE	Sexo	Edad	FECHA dd/mm/aaaa	HORA (am/pm)
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					

PUNTOS A DESTACAR

PUNTOS A MEJORAR

OBJETIVOS PARA UNA PRÓXIMA EVALUACIÓN

Firma del Médico Residente *Firma del tutor*

SELF-AUDIT Historias de Urgencias – 2ª parte

Fecha:

Documentos revisados (identificación de los pacientes y valoración individual)
(copia de los informes de urgencias emitidos tras la valoración del paciente)

Nª	INICIALES del PACIENTE	Sexo	Edad	FECHA dd/mm/aaaa	HORA (am/pm)
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					

PUNTOS A DESTACAR

PUNTOS A MEJORAR

OBJETIVOS PARA UNA PRÓXIMA EVALUACIÓN

Firma del Médico Residente *Firma del tutor*

SELF-AUDIT ……..

Fecha:

Documentos revisados (identificación de los pacientes y valoración individual)
(copia de los informes de urgencias emitidos tras la valoración del paciente)

Nª	INICIALES del PACIENTE	Sexo	Edad	FECHA dd/mm/aaaa	HORA (am/pm)
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					

PUNTOS A DESTACAR

PUNTOS A MEJORAR

OBJETIVOS PARA UNA PRÓXIMA EVALUACIÓN

Firma del Médico Residente *Firma del tutor*

Paciente Urgencias 1 **1ª Previo** **Self-Audit**

Criterio	Aclaraciones	Excepciones	Cumplimiento SI/NO	Observaciones
1.- Está recogido el/los motivos de consulta o enfermedad actual	Si el paciente está inconsciente debe quedar reflejado esta circunstancia			
2.- Queda recogido la existencia o no de alergias medicamentosas	Debe haber constancia de si tiene o no alergias medicamentosa			
3.- Se especifica el/los diagnósticos probables	Se considera válido un/os diagnósticos de presunción. Puede ser un síndrome	No se considera válido un síntoma como diagnóstico		
4.- Quedan recogidas de forma clara las órdenes de tratamiento	Puede ser tratamiento farmacológico o no farmacológico			
5.- Queda recogido el plan de actuación posterior al alta del servicio de urgencias	Debe indicar si derivación a hospital u otros servicios. Si alta debe indicarse qué hacer en caso de empeoramiento	No se considera válido si está sólo el tratamiento		

Historia Paciente Urgencias 2 **1ª Previo** **Self-Audit**

Criterio	Aclaraciones	Excepciones	Cumplimiento SI/NO	Observaciones
1.- Está recogido el/los motivos de consulta o enfermedad actual	Si el paciente está inconsciente debe quedar reflejado esta circunstancia			
2.- Queda recogido la existencia o no de alergias medicamentosas	Debe haber constancia de si tiene o no alergias medicamentosa			
3.- Se especifica el/los diagnósticos probables	Se considera válido un/os diagnósticos de presunción. Puede ser un síndrome	No se considera válido un síntoma como diagnóstico		
4.- Quedan recogidas de forma clara las órdenes de tratamiento	Puede ser tratamiento farmacológico o no farmacológico			
5.- Queda recogido el plan de actuación posterior al alta del servicio de urgencias	Debe indicar si derivación a hospital u otros servicios. Si alta debe indicarse qué hacer en caso de empeoramiento	No se considera válido si está sólo el tratamiento		

Historia Paciente Urgencias 3 **1ª Previo** **Self-Audit**

Criterio	Aclaraciones	Excepciones	Cumplimiento SI/NO	Observaciones
1.- Está recogido el/los motivos de consulta o enfermedad actual	Si el paciente está inconsciente debe quedar reflejado esta circunstancia			
2.- Queda recogido la existencia o no de alergias medicamentosas	Debe haber constancia de si tiene o no alergias medicamentosa			
3.- Se especifica el/los diagnósticos probables	Se considera válido un/os diagnósticos de presunción. Puede ser un síndrome	No se considera válido un síntoma como diagnóstico		
4.- Quedan recogidas de forma clara las órdenes de tratamiento	Puede ser tratamiento farmacológico o no farmacológico			
5.- Queda recogido el plan de actuación posterior al alta del servicio de urgencias	Debe indicar si derivación a hospital u otros servicios. Si alta debe indicarse qué hacer en caso de empeoramiento	No se considera válido si está sólo el tratamiento		

Historia Paciente Urgencias 4 **1ª Previo** **Self-Audit**

Criterio	Aclaraciones	Excepciones	Cumplimiento SI/NO	Observaciones
1.- Está recogido el/los motivos de consulta o enfermedad actual	Si el paciente está inconsciente debe quedar reflejado esta circunstancia			
2.- Queda recogido la existencia o no de alergias medicamentosas	Debe haber constancia de si tiene o no alergias medicamentosa			
3.- Se especifica el/los diagnósticos probables	Se considera válido un/os diagnósticos de presunción. Puede ser un síndrome	No se considera válido un síntoma como diagnóstico		
4.- Quedan recogidas de forma clara las órdenes de tratamiento	Puede ser tratamiento farmacológico o no farmacológico			
5.- Queda recogido el plan de actuación posterior al alta del servicio de urgencias	Debe indicar si derivación a hospital u otros servicios. Si alta debe indicarse qué hacer en caso de empeoramiento	No se considera válido si está sólo el tratamiento		

Historia Paciente Urgencias 5 **1ª Previo** **Self-Audit**

Criterio	Aclaraciones	Excepciones	Cumplimiento SI/NO	Observaciones
1.- Está recogido el/los motivos de consulta o enfermedad actual	Si el paciente está inconsciente debe quedar reflejado esta circunstancia			
2.- Queda recogido la existencia o no de alergias medicamentosas	Debe haber constancia de si tiene o no alergias medicamentosa			
3.- Se especifica el/los diagnósticos probables	Se considera válido un/os diagnósticos de presunción. Puede ser un síndrome	No se considera válido un síntoma como diagnóstico		
4.- Quedan recogidas de forma clara las órdenes de tratamiento	Puede ser tratamiento farmacológico o no farmacológico			
5.- Queda recogido el plan de actuación posterior al alta del servicio de urgencias	Debe indicar si derivación a hospital u otros servicios. Si alta debe indicarse qué hacer en caso de empeoramiento	No se considera válido si está sólo el tratamiento		

Historia Paciente Urgencias 6 **1ª Previo** **Self-Audit**

Criterio	Aclaraciones	Excepciones	Cumplimiento SI/NO	Observaciones
1.- Está recogido el/los motivos de consulta o enfermedad actual	Si el paciente está inconsciente debe quedar reflejado esta circunstancia			
2.- Queda recogido la existencia o no de alergias medicamentosas	Debe haber constancia de si tiene o no alergias medicamentosa			
3.- Se especifica el/los diagnósticos probables	Se considera válido un/os diagnósticos de presunción. Puede ser un síndrome	No se considera válido un síntoma como diagnóstico		
4.- Quedan recogidas de forma clara las órdenes de tratamiento	Puede ser tratamiento farmacológico o no farmacológico			
5.- Queda recogido el plan de actuación posterior al alta del servicio de urgencias	Debe indicar si derivación a hospital u otros servicios. Si alta debe indicarse qué hacer en caso de empeoramiento	No se considera válido si está sólo el tratamiento		

Historia Paciente Urgencias 7 **1ª Previo** **Self-Audit**

Criterio	Aclaraciones	Excepciones	Cumplimiento SI/NO	Observaciones
1.- Está recogido el/los motivos de consulta o enfermedad actual	Si el paciente está inconsciente debe quedar reflejado esta circunstancia			
2.- Queda recogido la existencia o no de alergias medicamentosas	Debe haber constancia de si tiene o no alergias medicamentosa			
3.- Se especifica el/los diagnósticos probables	Se considera válido un/os diagnósticos de presunción. Puede ser un síndrome	No se considera válido un síntoma como diagnóstico		
4.- Quedan recogidas de forma clara las órdenes de tratamiento	Puede ser tratamiento farmacológico o no farmacológico			
5.- Queda recogido el plan de actuación posterior al alta del servicio de urgencias	Debe indicar si derivación a hospital u otros servicios. Si alta debe indicarse qué hacer en caso de empeoramiento	No se considera válido si está sólo el tratamiento		

Historia Paciente Urgencias 8 **1ª Previo** **Self-Audit**

Criterio	Aclaraciones	Excepciones	Cumplimiento SI/NO	Observaciones
1.- Está recogido el/los motivos de consulta o enfermedad actual	Si el paciente está inconsciente debe quedar reflejado esta circunstancia			
2.- Queda recogido la existencia o no de alergias medicamentosas	Debe haber constancia de si tiene o no alergias medicamentosa			
3.- Se especifica el/los diagnósticos probables	Se considera válido un/os diagnósticos de presunción. Puede ser un síndrome	No se considera válido un síntoma como diagnóstico		
4.- Quedan recogidas de forma clara las órdenes de tratamiento	Puede ser tratamiento farmacológico o no farmacológico			
5.- Queda recogido el plan de actuación posterior al alta del servicio de urgencias	Debe indicar si derivación a hospital u otros servicios. Si alta debe indicarse qué hacer en caso de empeoramiento	No se considera válido si está sólo el tratamiento		

Historia Paciente Urgencias 9 **1ª Previo** **Self-Audit**

Criterio	Aclaraciones	Excepciones	Cumplimiento SI/NO	Observaciones
1.- Está recogido el/los motivos de consulta o enfermedad actual	Si el paciente está inconsciente debe quedar reflejado esta circunstancia			
2.- Queda recogido la existencia o no de alergias medicamentosas	Debe haber constancia de si tiene o no alergias medicamentosa			
3.- Se especifica el/los diagnósticos probables	Se considera válido un/os diagnósticos de presunción. Puede ser un síndrome	No se considera válido un síntoma como diagnóstico		
4.- Quedan recogidas de forma clara las órdenes de tratamiento	Puede ser tratamiento farmacológico o no farmacológico			
5.- Queda recogido el plan de actuación posterior al alta del servicio de urgencias	Debe indicar si derivación a hospital u otros servicios. Si alta debe indicarse qué hacer en caso de empeoramiento	No se considera válido si está sólo el tratamiento		

Historia Paciente Urgencias 10 **1ª Previo** **Self-Audit**

Criterio	Aclaraciones	Excepciones	Cumplimiento SI/NO	Observaciones
1.- Está recogido el/los motivos de consulta o enfermedad actual	Si el paciente está inconsciente debe quedar reflejado esta circunstancia			
2.- Queda recogido la existencia o no de alergias medicamentosas	Debe haber constancia de si tiene o no alergias medicamentosa			
3.- Se especifica el/los diagnósticos probables	Se considera válido un/os diagnósticos de presunción. Puede ser un síndrome	No se considera válido un síntoma como diagnóstico		
4.- Quedan recogidas de forma clara las órdenes de tratamiento	Puede ser tratamiento farmacológico o no farmacológico			
5.- Queda recogido el plan de actuación posterior al alta del servicio de urgencias	Debe indicar si derivación a hospital u otros servicios. Si alta debe indicarse qué hacer en caso de empeoramiento	No se considera válido si está sólo el tratamiento		

Historia Paciente Urgencias 1 2º Posterior **Self-Audit**

Criterio	Aclaraciones	Excepciones	Cumplimiento SI/NO	Observaciones
1.- Está recogido el/los motivos de consulta o enfermedad actual	Si el paciente está inconsciente debe quedar reflejado esta circunstancia			
2.- Queda recogido la existencia o no de alergias medicamentosas	Debe haber constancia de si tiene o no alergias medicamentosa			
3.- Se especifica el/los diagnósticos probables	Se considera válido un/os diagnósticos de presunción. Puede ser un síndrome	No se considera válido un síntoma como diagnóstico		
4.- Quedan recogidas de forma clara las órdenes de tratamiento	Puede ser tratamiento farmacológico o no farmacológico			
5.- Queda recogido el plan de actuación posterior al alta del servicio de urgencias	Debe indicar si derivación a hospital u otros servicios. Si alta debe indicarse qué hacer en caso de empeoramiento	No se considera válido si está sólo el tratamiento		

Historia Paciente Urgencias 2 2º Posterior **Self-Audit**

Criterio	Aclaraciones	Excepciones	Cumplimiento SI/NO	Observaciones
1.- Está recogido el/los motivos de consulta o enfermedad actual	Si el paciente está inconsciente debe quedar reflejado esta circunstancia			
2.- Queda recogido la existencia o no de alergias medicamentosas	Debe haber constancia de si tiene o no alergias medicamentosa			
3.- Se especifica el/los diagnósticos probables	Se considera válido un/os diagnósticos de presunción. Puede ser un síndrome	No se considera válido un síntoma como diagnóstico		
4.- Quedan recogidas de forma clara las órdenes de tratamiento	Puede ser tratamiento farmacológico o no farmacológico			
5.- Queda recogido el plan de actuación posterior al alta del servicio de urgencias	Debe indicar si derivación a hospital u otros servicios. Si alta debe indicarse qué hacer en caso de empeoramiento	No se considera válido si está sólo el tratamiento		

Historia Paciente Urgencias 3 2º Posterior **Self-Audit**

Criterio	Aclaraciones	Excepciones	Cumplimiento SI/NO	Observaciones
1.- Está recogido el/los motivos de consulta o enfermedad actual	Si el paciente está inconsciente debe quedar reflejado esta circunstancia			
2.- Queda recogido la existencia o no de alergias medicamentosas	Debe haber constancia de si tiene o no alergias medicamentosa			
3.- Se especifica el/los diagnósticos probables	Se considera válido un/os diagnósticos de presunción. Puede ser un síndrome	No se considera válido un síntoma como diagnóstico		
4.- Quedan recogidas de forma clara las órdenes de tratamiento	Puede ser tratamiento farmacológico o no farmacológico			
5.- Queda recogido el plan de actuación posterior al alta del servicio de urgencias	Debe indicar si derivación a hospital u otros servicios. Si alta debe indicarse qué hacer en caso de empeoramiento	No se considera válido si está sólo el tratamiento		

Historia Paciente Urgencias 4 2º Posterior **Self-Audit**

Criterio	Aclaraciones	Excepciones	Cumplimiento SI/NO	Observaciones
1.- Está recogido el/los motivos de consulta o enfermedad actual	Si el paciente está inconsciente debe quedar reflejado esta circunstancia			
2.- Queda recogido la existencia o no de alergias medicamentosas	Debe haber constancia de si tiene o no alergias medicamentosa			
3.- Se especifica el/los diagnósticos probables	Se considera válido un/os diagnósticos de presunción. Puede ser un síndrome	No se considera válido un síntoma como diagnóstico		
4.- Quedan recogidas de forma clara las órdenes de tratamiento	Puede ser tratamiento farmacológico o no farmacológico			
5.- Queda recogido el plan de actuación posterior al alta del servicio de urgencias	Debe indicar si derivación a hospital u otros servicios. Si alta debe indicarse qué hacer en caso de empeoramiento	No se considera válido si está sólo el tratamiento		

Historia Paciente Urgencias 5 2º Posterior **Self-Audit**

Criterio	Aclaraciones	Excepciones	Cumplimiento SI/NO	Observaciones
1.- Está recogido el/los motivos de consulta o enfermedad actual	Si el paciente está inconsciente debe quedar reflejado esta circunstancia			
2.- Queda recogido la existencia o no de alergias medicamentosas	Debe haber constancia de si tiene o no alergias medicamentosa			
3.- Se especifica el/los diagnósticos probables	Se considera válido un/os diagnósticos de presunción. Puede ser un síndrome	No se considera válido un síntoma como diagnóstico		
4.- Quedan recogidas de forma clara las órdenes de tratamiento	Puede ser tratamiento farmacológico o no farmacológico			
5.- Queda recogido el plan de actuación posterior al alta del servicio de urgencias	Debe indicar si derivación a hospital u otros servicios. Si alta debe indicarse qué hacer en caso de empeoramiento	No se considera válido si está sólo el tratamiento		

Historia Paciente Urgencias 6 2º Posterior **Self-Audit**

Criterio	Aclaraciones	Excepciones	Cumplimiento SI/NO	Observaciones
1.- Está recogido el/los motivos de consulta o enfermedad actual	Si el paciente está inconsciente debe quedar reflejado esta circunstancia			
2.- Queda recogido la existencia o no de alergias medicamentosas	Debe haber constancia de si tiene o no alergias medicamentosa			
3.- Se especifica el/los diagnósticos probables	Se considera válido un/os diagnósticos de presunción. Puede ser un síndrome	No se considera válido un síntoma como diagnóstico		
4.- Quedan recogidas de forma clara las órdenes de tratamiento	Puede ser tratamiento farmacológico o no farmacológico			
5.- Queda recogido el plan de actuación posterior al alta del servicio de urgencias	Debe indicar si derivación a hospital u otros servicios. Si alta debe indicarse qué hacer en caso de empeoramiento	No se considera válido si está sólo el tratamiento		

Historia Paciente Urgencias 7 2º Posterior **Self-Audit**

Criterio	Aclaraciones	Excepciones	Cumplimiento SI/NO	Observaciones
1.- Está recogido el/los motivos de consulta o enfermedad actual	Si el paciente está inconsciente debe quedar reflejado esta circunstancia			
2.- Queda recogido la existencia o no de alergias medicamentosas	Debe haber constancia de si tiene o no alergias medicamentosa			
3.- Se especifica el/los diagnósticos probables	Se considera válido un/os diagnósticos de presunción. Puede ser un síndrome	No se considera válido un síntoma como diagnóstico		
4.- Quedan recogidas de forma clara las órdenes de tratamiento	Puede ser tratamiento farmacológico o no farmacológico			
5.- Queda recogido el plan de actuación posterior al alta del servicio de urgencias	Debe indicar si derivación a hospital u otros servicios. Si alta debe indicarse qué hacer en caso de empeoramiento	No se considera válido si está sólo el tratamiento		

Historia Paciente Urgencias 8 2º Posterior **Self-Audit**

Criterio	Aclaraciones	Excepciones	Cumplimiento SI/NO	Observaciones
1.- Está recogido el/los motivos de consulta o enfermedad actual	Si el paciente está inconsciente debe quedar reflejado esta circunstancia			
2.- Queda recogido la existencia o no de alergias medicamentosas	Debe haber constancia de si tiene o no alergias medicamentosa			
3.- Se especifica el/los diagnósticos probables	Se considera válido un/os diagnósticos de presunción. Puede ser un síndrome	No se considera válido un síntoma como diagnóstico		
4.- Quedan recogidas de forma clara las órdenes de tratamiento	Puede ser tratamiento farmacológico o no farmacológico			
5.- Queda recogido el plan de actuación posterior al alta del servicio de urgencias	Debe indicar si derivación a hospital u otros servicios. Si alta debe indicarse qué hacer en caso de empeoramiento	No se considera válido si está sólo el tratamiento		

Historia Paciente Urgencias 9 2º Posterior **Self-Audit**

Criterio	Aclaraciones	Excepciones	Cumplimiento SI/NO	Observaciones
1.- Está recogido el/los motivos de consulta o enfermedad actual	Si el paciente está inconsciente debe quedar reflejado esta circunstancia			
2.- Queda recogido la existencia o no de alergias medicamentosas	Debe haber constancia de si tiene o no alergias medicamentosa			
3.- Se especifica el/los diagnósticos probables	Se considera válido un/os diagnósticos de presunción. Puede ser un síndrome	No se considera válido un síntoma como diagnóstico		
4.- Quedan recogidas de forma clara las órdenes de tratamiento	Puede ser tratamiento farmacológico o no farmacológico			
5.- Queda recogido el plan de actuación posterior al alta del servicio de urgencias	Debe indicar si derivación a hospital u otros servicios. Si alta debe indicarse qué hacer en caso de empeoramiento	No se considera válido si está sólo el tratamiento		

Historia Paciente Urgencias 10 2º Posterior **Self-Audit**

Criterio	Aclaraciones	Excepciones	Cumplimiento SI/NO	Observaciones
1.- Está recogido el/los motivos de consulta o enfermedad actual	Si el paciente está inconsciente debe quedar reflejado esta circunstancia			
2.- Queda recogido la existencia o no de alergias medicamentosas	Debe haber constancia de si tiene o no alergias medicamentosa			
3.- Se especifica el/los diagnósticos probables	Se considera válido un/os diagnósticos de presunción. Puede ser un síndrome	No se considera válido un síntoma como diagnóstico		
4.- Quedan recogidas de forma clara las órdenes de tratamiento	Puede ser tratamiento farmacológico o no farmacológico			
5.- Queda recogido el plan de actuación posterior al alta del servicio de urgencias	Debe indicar si derivación a hospital u otros servicios. Si alta debe indicarse qué hacer en caso de empeoramiento	No se considera válido si está sólo el tratamiento		

Historia Paciente Diabetes tipo 2 1 Self-Audit

Criterio	Aclaraciones	Excepciones	Cumplimiento SI/NO	Observaciones
1.- El paciente diabético tiene una determinación de hemoglobina glicosilada en el último año	Como mínimo una en el último año	Si el paciente ha estado ingresado		
2.- El paciente diabético tiene que tener el resultado de una exploración de fondo de ojo como mínimo en los dos últimos años	El informe ha de constar si tiene o no retinopatía	Si el paciente ha estado ingresado		
3.- El paciente ha de tener el registro en de una exploración de pulsos tibiales y pedios en los dos últimos años	El resultado de la exploración debe indicar si alteración o no de pulsos periféricos	Si el paciente ha estado ingresado		
4.- El paciente ha de tener registrado el informe de un EKG en los dos últimos años	El resultado debe indicar si hay alteración o no en el EKG	Si el paciente ha estado ingresado		
5.- Si el paciente tiene una determinación de Hemoglobina glicosilada > 8% en la historia debe quedar especificado el plan de actuación	Puede ser actuaciones farmacológicas o de estilo de vida	Si el paciente ha estado ingresado		

Historia Paciente Diabetes tipo 2 2 Self-Audit

Criterio	Aclaraciones	Excepciones	Cumplimiento SI/NO	Observaciones
1.- El paciente diabético tiene una determinación de hemoglobina glicosilada en el último año	Como mínimo una en el último año	Si el paciente ha estado ingresado		
2.- El paciente diabético tiene que tener el resultado de una exploración de fondo de ojo como mínimo en los dos últimos años	El informe ha de constar si tiene o no retinopatía	Si el paciente ha estado ingresado		
3.- El paciente ha de tener el registro en de una exploración de pulsos tibiales y pedios en los dos últimos años	El resultado de la exploración debe indicar si alteración o no de pulsos periféricos	Si el paciente ha estado ingresado		
4.- El paciente ha de tener registrado el informe de un EKG en los dos últimos años	El resultado debe indicar si hay alteración o no en el EKG	Si el paciente ha estado ingresado		
5.- Si el paciente tiene una determinación de Hemoglobina glicosilada > 8% en la historia debe quedar especificado el plan de actuación	Puede ser actuaciones farmacológicas o de estilo de vida	Si el paciente ha estado ingresado		

Historia Paciente Diabetes tipo 2 **3** **Self-Audit**

Criterio	Aclaraciones	Excepciones	Cumplimiento SI/NO	Observaciones
1.- El paciente diabético tiene una determinación de hemoglobina glicosilada en el último año	Como mínimo una en el último año	Si el paciente ha estado ingresado		
2.- El paciente diabético tiene que tener el resultado de una exploración de fondo de ojo como mínimo en los dos últimos años	El informe ha de constar si tiene o no retinopatía	Si el paciente ha estado ingresado		
3.- El paciente ha de tener el registro en de una exploración de pulsos tibiales y pedios en los dos últimos años	El resultado de la exploración debe indicar si alteración o no de pulsos periféricos	Si el paciente ha estado ingresado		
4.- El paciente ha de tener registrado el informe de un EKG en los dos últimos años	El resultado debe indicar si hay alteración o no en el EKG	Si el paciente ha estado ingresado		
5.- Si el paciente tiene una determinación de Hemoglobina glicosilada > 8% en la historia debe quedar especificado el plan de actuación	Puede ser actuaciones farmacológicas o de estilo de vida	Si el paciente ha estado ingresado		

Historia Paciente Diabetes tipo 2 **4** **Self-Audit**

Criterio	Aclaraciones	Excepciones	Cumplimiento SI/NO	Observaciones
1.- El paciente diabético tiene una determinación de hemoglobina glicosilada en el último año	Como mínimo una en el último año	Si el paciente ha estado ingresado		
2.- El paciente diabético tiene que tener el resultado de una exploración de fondo de ojo como mínimo en los dos últimos años	El informe ha de constar si tiene o no retinopatía	Si el paciente ha estado ingresado		
3.- El paciente ha de tener el registro en de una exploración de pulsos tibiales y pedios en los dos últimos años	El resultado de la exploración debe indicar si alteración o no de pulsos periféricos	Si el paciente ha estado ingresado		
4.- El paciente ha de tener registrado el informe de un EKG en los dos últimos años	El resultado debe indicar si hay alteración o no en el EKG	Si el paciente ha estado ingresado		
5.- Si el paciente tiene una determinación de Hemoglobina glicosilada > 8% en la historia debe quedar especificado el plan de actuación	Puede ser actuaciones farmacológicas o de estilo de vida	Si el paciente ha estado ingresado		

Historia Paciente Diabetes tipo 2 **5** **Self-Audit**

Criterio	Aclaraciones	Excepciones	Cumplimiento SI/NO	Observaciones
1.- El paciente diabético tiene una determinación de hemoglobina glicosilada en el último año	Como mínimo una en el último año	Si el paciente ha estado ingresado		
2.- El paciente diabético tiene que tener el resultado de una exploración de fondo de ojo como mínimo en los dos últimos años	El informe ha de constar si tiene o no retinopatía	Si el paciente ha estado ingresado		
3.- El paciente ha de tener el registro en de una exploración de pulsos tibiales y pedios en los dos últimos años	El resultado de la exploración debe indicar si alteración o no de pulsos periféricos	Si el paciente ha estado ingresado		
4.- El paciente ha de tener registrado el informe de un EKG en los dos últimos años	El resultado debe indicar si hay alteración o no en el EKG	Si el paciente ha estado ingresado		
5.- Si el paciente tiene una determinación de Hemoglobina glicosilada > 8% en la historia debe quedar especificado el plan de actuación	Puede ser actuaciones farmacológicas o de estilo de vida	Si el paciente ha estado ingresado		

Historia Paciente Diabetes tipo 2 **6** **Self-Audit**

Criterio	Aclaraciones	Excepciones	Cumplimiento SI/NO	Observaciones
1.- El paciente diabético tiene una determinación de hemoglobina glicosilada en el último año	Como mínimo una en el último año	Si el paciente ha estado ingresado		
2.- El paciente diabético tiene que tener el resultado de una exploración de fondo de ojo como mínimo en los dos últimos años	El informe ha de constar si tiene o no retinopatía	Si el paciente ha estado ingresado		
3.- El paciente ha de tener el registro en de una exploración de pulsos tibiales y pedios en los dos últimos años	El resultado de la exploración debe indicar si alteración o no de pulsos periféricos	Si el paciente ha estado ingresado		
4.- El paciente ha de tener registrado el informe de un EKG en los dos últimos años	El resultado debe indicar si hay alteración o no en el EKG	Si el paciente ha estado ingresado		
5.- Si el paciente tiene una determinación de Hemoglobina glicosilada > 8% en la historia debe quedar especificado el plan de actuación	Puede ser actuaciones farmacológicas o de estilo de vida	Si el paciente ha estado ingresado		

Historia Paciente Diabetes tipo 2 **7** **Self-Audit**

Criterio	Aclaraciones	Excepciones	Cumplimiento SI/NO	Observaciones
1.- El paciente diabético tiene una determinación de hemoglobina glicosilada en el último año	Como mínimo una en el último año	Si el paciente ha estado ingresado		
2.- El paciente diabético tiene que tener el resultado de una exploración de fondo de ojo como mínimo en los dos últimos años	El informe ha de constar si tiene o no retinopatía	Si el paciente ha estado ingresado		
3.- El paciente ha de tener el registro en de una exploración de pulsos tibiales y pedios en los dos últimos años	El resultado de la exploración debe indicar si alteración o no de pulsos periféricos	Si el paciente ha estado ingresado		
4.- El paciente ha de tener registrado el informe de un EKG en los dos últimos años	El resultado debe indicar si hay alteración o no en el EKG	Si el paciente ha estado ingresado		
5.- Si el paciente tiene una determinación de Hemoglobina glicosilada > 8% en la historia debe quedar especificado el plan de actuación	Puede ser actuaciones farmacológicas o de estilo de vida	Si el paciente ha estado ingresado		

Historia Paciente Diabetes tipo 2 **8** **Self-Audit**

Criterio	Aclaraciones	Excepciones	Cumplimiento SI/NO	Observaciones
1.- El paciente diabético tiene una determinación de hemoglobina glicosilada en el último año	Como mínimo una en el último año	Si el paciente ha estado ingresado		
2.- El paciente diabético tiene que tener el resultado de una exploración de fondo de ojo como mínimo en los dos últimos años	El informe ha de constar si tiene o no retinopatía	Si el paciente ha estado ingresado		
3.- El paciente ha de tener el registro en de una exploración de pulsos tibiales y pedios en los dos últimos años	El resultado de la exploración debe indicar si alteración o no de pulsos periféricos	Si el paciente ha estado ingresado		
4.- El paciente ha de tener registrado el informe de un EKG en los dos últimos años	El resultado debe indicar si hay alteración o no en el EKG	Si el paciente ha estado ingresado		
5.- Si el paciente tiene una determinación de Hemoglobina glicosilada > 8% en la historia debe quedar especificado el plan de actuación	Puede ser actuaciones farmacológicas o de estilo de vida	Si el paciente ha estado ingresado		

Historia Paciente Diabetes tipo 2 **9** **Self-Audit**

Criterio	Aclaraciones	Excepciones	Cumplimiento SI/NO	Observaciones
1.- El paciente diabético tiene una determinación de hemoglobina glicosilada en el último año	Como mínimo una en el último año	Si el paciente ha estado ingresado		
2.- El paciente diabético tiene que tener el resultado de una exploración de fondo de ojo como mínimo en los dos últimos años	El informe ha de constar si tiene o no retinopatía	Si el paciente ha estado ingresado		
3.- El paciente ha de tener el registro en de una exploración de pulsos tibiales y pedios en los dos últimos años	El resultado de la exploración debe indicar si alteración o no de pulsos periféricos	Si el paciente ha estado ingresado		
4.- El paciente ha de tener registrado el informe de un EKG en los dos últimos años	El resultado debe indicar si hay alteración o no en el EKG	Si el paciente ha estado ingresado		
5.- Si el paciente tiene una determinación de Hemoglobina glicosilada > 8% en la historia debe quedar especificado el plan de actuación	Puede ser actuaciones farmacológicas o de estilo de vida	Si el paciente ha estado ingresado		

Historia Paciente Diabetes tipo 2 **10** **Self-Audit**

Criterio	Aclaraciones	Excepciones	Cumplimiento SI/NO	Observaciones
1.- El paciente diabético tiene una determinación de hemoglobina glicosilada en el último año	Como mínimo una en el último año	Si el paciente ha estado ingresado		
2.- El paciente diabético tiene que tener el resultado de una exploración de fondo de ojo como mínimo en los dos últimos años	El informe ha de constar si tiene o no retinopatía	Si el paciente ha estado ingresado		
3.- El paciente ha de tener el registro en de una exploración de pulsos tibiales y pedios en los dos últimos años	El resultado de la exploración debe indicar si alteración o no de pulsos periféricos	Si el paciente ha estado ingresado		
4.- El paciente ha de tener registrado el informe de un EKG en los dos últimos años	El resultado debe indicar si hay alteración o no en el EKG	Si el paciente ha estado ingresado		
5.- Si el paciente tiene una determinación de Hemoglobina glicosilada > 8% en la historia debe quedar especificado el plan de actuación	Puede ser actuaciones farmacológicas o de estilo de vida	Si el paciente ha estado ingresado		

Historia Paciente Riesgo Cardiovascular Alto 1 Self-Audit

Criterio	Aclaraciones	Excepciones	Cumplimiento SI/NO	Observaciones
1.- El episodio de RCV alto está asociado a uno o varios de los factores de riesgo cardiovasculares mayores (diabetes mellitus, tabaco, hipertensión arterial y dislipemia)	Tiene que tener abierto el episodio de RCV Alto junto a el/los episodios correspondientes a los factores de riesgo asociados			
2.- En la historia clínica debe estar indicado el resultado del cálculo del riesgo cardiovascular según la tabla de Framingham	El riesgo de ECV debe indicarse como una probabilidad	Si el paciente ha estado ingresado		
3.- El paciente ha de tener el resultado de un análisis de sangre que incluya lípidos (colesterol total, HDL colesterol y LDL colesterol)	Como mínimo un análisis en el último año que incluya determinaciones de los tres parámetros	Si el paciente ha estado ingresado		
4.- El paciente ha de tener registrado el informe de un EKG en los dos últimos años	El resultado debe indicar si hay alteración o no en el EKG	Si el paciente ha estado ingresado		
5.- El paciente tiene registrado una determinación de la tensión arterial en los últimos seis meses.		Si el paciente ha estado ingresado		

Historia Paciente Riesgo Cardiovascular Alto 2 Self-Audit

Criterio	Aclaraciones	Excepciones	Cumplimiento SI/NO	Observaciones
1.- El episodio de RCV alto está asociado a uno o varios de los factores de riesgo cardiovasculares mayores (diabetes mellitus, tabaco, hipertensión arterial y dislipemia)	Tiene que tener abierto el episodio de RCV Alto junto a el/los episodios correspondientes a los factores de riesgo asociados			
2.- En la historia clínica debe estar indicado el resultado del cálculo del riesgo cardiovascular según la tabla de Framingham	El riesgo de ECV debe indicarse como una probabilidad	Si el paciente ha estado ingresado		
3.- El paciente ha de tener el resultado de un análisis de sangre que incluya lípidos (colesterol total, HDL colesterol y LDL colesterol)	Como mínimo un análisis en el último año que incluya determinaciones de los tres parámetros	Si el paciente ha estado ingresado		
4.- El paciente ha de tener registrado el informe de un EKG en los dos últimos años	El resultado debe indicar si hay alteración o no en el EKG	Si el paciente ha estado ingresado		
5.- El paciente tiene registrado una determinación de la tensión arterial en los últimos seis meses.		Si el paciente ha estado ingresado		

Historia Paciente Riesgo Cardiovascular Alto 3 Self-Audit

Criterio	Aclaraciones	Excepciones	Cumplimiento SI/NO	Observaciones
1.- El episodio de RCV alto está asociado a uno o varios de los factores de riesgo cardiovasculares mayores (diabetes mellitus, tabaco, hipertensión arterial y dislipemia)	Tiene que tener abierto el episodio de RCV Alto junto a el/los episodios correspondientes a los factores de riesgo asociados			
2.- En la historia clínica debe estar indicado el resultado del cálculo del riesgo cardiovascular según la tabla de Framingham	El riesgo de ECV debe indicarse como una probabilidad	Si el paciente ha estado ingresado		
3.- El paciente ha de tener el resultado de un análisis de sangre que incluya lípidos (colesterol total, HDL colesterol y LDL colesterol)	Como mínimo un análisis en el último año que incluya determinaciones de los tres parámetros	Si el paciente ha estado ingresado		
4.- El paciente ha de tener registrado el informe de un EKG en los dos últimos años	El resultado debe indicar si hay alteración o no en el EKG	Si el paciente ha estado ingresado		
5.- El paciente tiene registrado una determinación de la tensión arterial en los últimos seis meses.		Si el paciente ha estado ingresado		

Historia Paciente Riesgo Cardiovascular Alto 4 Self-Audit

Criterio	Aclaraciones	Excepciones	Cumplimiento SI/NO	Observaciones
1.- El episodio de RCV alto está asociado a uno o varios de los factores de riesgo cardiovasculares mayores (diabetes mellitus, tabaco, hipertensión arterial y dislipemia)	Tiene que tener abierto el episodio de RCV Alto junto a el/los episodios correspondientes a los factores de riesgo asociados			
2.- En la historia clínica debe estar indicado el resultado del cálculo del riesgo cardiovascular según la tabla de Framingham	El riesgo de ECV debe indicarse como una probabilidad	Si el paciente ha estado ingresado		
3.- El paciente ha de tener el resultado de un análisis de sangre que incluya lípidos (colesterol total, HDL colesterol y LDL colesterol)	Como mínimo un análisis en el último año que incluya determinaciones de los tres parámetros	Si el paciente ha estado ingresado		
4.- El paciente ha de tener registrado el informe de un EKG en los dos últimos años	El resultado debe indicar si hay alteración o no en el EKG	Si el paciente ha estado ingresado		
5.- El paciente tiene registrado una determinación de la tensión arterial en los últimos seis meses.		Si el paciente ha estado ingresado		

Historia Paciente Riesgo Cardiovascular Alto 5 Self-Audit

Criterio	Aclaraciones	Excepciones	Cumplimiento SI/NO	Observaciones
1.- El episodio de RCV alto está asociado a uno o varios de los factores de riesgo cardiovasculares mayores (diabetes mellitus, tabaco, hipertensión arterial y dislipemia)	Tiene que tener abierto el episodio de RCV Alto junto a el/los episodios correspondientes a los factores de riesgo asociados			
2.- En la historia clínica debe estar indicado el resultado del cálculo del riesgo cardiovascular según la tabla de Framingham	El riesgo de ECV debe indicarse como una probabilidad	Si el paciente ha estado ingresado		
3.- El paciente ha de tener el resultado de un análisis de sangre que incluya lípidos (colesterol total, HDL colesterol y LDL colesterol)	Como mínimo un análisis en el último año que incluya determinaciones de los tres parámetros	Si el paciente ha estado ingresado		
4.- El paciente ha de tener registrado el informe de un EKG en los dos últimos años	El resultado debe indicar si hay alteración o no en el EKG	Si el paciente ha estado ingresado		
5.- El paciente tiene registrado una determinación de la tensión arterial en los últimos seis meses.		Si el paciente ha estado ingresado		

Historia Paciente Riesgo Cardiovascular Alto 6 Self-Audit

Criterio	Aclaraciones	Excepciones	Cumplimiento SI/NO	Observaciones
1.- El episodio de RCV alto está asociado a uno o varios de los factores de riesgo cardiovasculares mayores (diabetes mellitus, tabaco, hipertensión arterial y dislipemia)	Tiene que tener abierto el episodio de RCV Alto junto a el/los episodios correspondientes a los factores de riesgo asociados			
2.- En la historia clínica debe estar indicado el resultado del cálculo del riesgo cardiovascular según la tabla de Framingham	El riesgo de ECV debe indicarse como una probabilidad	Si el paciente ha estado ingresado		
3.- El paciente ha de tener el resultado de un análisis de sangre que incluya lípidos (colesterol total, HDL colesterol y LDL colesterol)	Como mínimo un análisis en el último año que incluya determinaciones de los tres parámetros	Si el paciente ha estado ingresado		
4.- El paciente ha de tener registrado el informe de un EKG en los dos últimos años	El resultado debe indicar si hay alteración o no en el EKG	Si el paciente ha estado ingresado		
5.- El paciente tiene registrado una determinación de la tensión arterial en los últimos seis meses.		Si el paciente ha estado ingresado		

Historia Paciente Riesgo Cardiovascular Alto 7 — Self-Audit

Criterio	Aclaraciones	Excepciones	Cumplimiento SI/NO	Observaciones
1.- El episodio de RCV alto está asociado a uno o varios de los factores de riesgo cardiovasculares mayores (diabetes mellitus, tabaco, hipertensión arterial y dislipemia)	Tiene que tener abierto el episodio de RCV Alto junto a el/los episodios correspondientes a los factores de riesgo asociados			
2.- En la historia clínica debe estar indicado el resultado del cálculo del riesgo cardiovascular según la tabla de Framingham	El riesgo de ECV debe indicarse como una probabilidad	Si el paciente ha estado ingresado		
3.- El paciente ha de tener el resultado de un análisis de sangre que incluya lípidos (colesterol total, HDL colesterol y LDL colesterol)	Como mínimo un análisis en el último año que incluya determinaciones de los tres parámetros	Si el paciente ha estado ingresado		
4.- El paciente ha de tener registrado el informe de un EKG en los dos últimos años	El resultado debe indicar si hay alteración o no en el EKG	Si el paciente ha estado ingresado		
5.- El paciente tiene registrado una determinación de la tensión arterial en los últimos seis meses.		Si el paciente ha estado ingresado		

Historia Paciente Riesgo Cardiovascular Alto 8 — Self-Audit

Criterio	Aclaraciones	Excepciones	Cumplimiento SI/NO	Observaciones
1.- El episodio de RCV alto está asociado a uno o varios de los factores de riesgo cardiovasculares mayores (diabetes mellitus, tabaco, hipertensión arterial y dislipemia)	Tiene que tener abierto el episodio de RCV Alto junto a el/los episodios correspondientes a los factores de riesgo asociados			
2.- En la historia clínica debe estar indicado el resultado del cálculo del riesgo cardiovascular según la tabla de Framingham	El riesgo de ECV debe indicarse como una probabilidad	Si el paciente ha estado ingresado		
3.- El paciente ha de tener el resultado de un análisis de sangre que incluya lípidos (colesterol total, HDL colesterol y LDL colesterol)	Como mínimo un análisis en el último año que incluya determinaciones de los tres parámetros	Si el paciente ha estado ingresado		
4.- El paciente ha de tener registrado el informe de un EKG en los dos últimos años	El resultado debe indicar si hay alteración o no en el EKG	Si el paciente ha estado ingresado		
5.- El paciente tiene registrado una determinación de la tensión arterial en los últimos seis meses.		Si el paciente ha estado ingresado		

Historia Paciente Riesgo Cardiovascular Alto 9 Self-Audit

Criterio	Aclaraciones	Excepciones	Cumplimiento SI/NO	Observaciones
1.- El episodio de RCV alto está asociado a uno o varios de los factores de riesgo cardiovasculares mayores (diabetes mellitus, tabaco, hipertensión arterial y dislipemia)	Tiene que tener abierto el episodio de RCV Alto junto a el/los episodios correspondientes a los factores de riesgo asociados			
2.- En la historia clínica debe estar indicado el resultado del cálculo del riesgo cardiovascular según la tabla de Framingham	El riesgo de ECV debe indicarse como una probabilidad	Si el paciente ha estado ingresado		
3.- El paciente ha de tener el resultado de un análisis de sangre que incluya lípidos (colesterol total, HDL colesterol y LDL colesterol)	Como mínimo un análisis en el último año que incluya determinaciones de los tres parámetros	Si el paciente ha estado ingresado		
4.- El paciente ha de tener registrado el informe de un EKG en los dos últimos años	El resultado debe indicar si hay alteración o no en el EKG	Si el paciente ha estado ingresado		
5.- El paciente tiene registrado una determinación de la tensión arterial en los últimos seis meses.		Si el paciente ha estado ingresado		

Historia Paciente Riesgo Cardiovascular Alto 10 Self-Audit

Criterio	Aclaraciones	Excepciones	Cumplimiento SI/NO	Observaciones
1.- El episodio de RCV alto está asociado a uno o varios de los factores de riesgo cardiovasculares mayores (diabetes mellitus, tabaco, hipertensión arterial y dislipemia)	Tiene que tener abierto el episodio de RCV Alto junto a el/los episodios correspondientes a los factores de riesgo asociados			
2.- En la historia clínica debe estar indicado el resultado del cálculo del riesgo cardiovascular según la tabla de Framingham	El riesgo de ECV debe indicarse como una probabilidad	Si el paciente ha estado ingresado		
3.- El paciente ha de tener el resultado de un análisis de sangre que incluya lípidos (colesterol total, HDL colesterol y LDL colesterol)	Como mínimo un análisis en el último año que incluya determinaciones de los tres parámetros	Si el paciente ha estado ingresado		
4.- El paciente ha de tener registrado el informe de un EKG en los dos últimos años	El resultado debe indicar si hay alteración o no en el EKG	Si el paciente ha estado ingresado		
5.- El paciente tiene registrado una determinación de la tensión arterial en los últimos seis meses.		Si el paciente ha estado ingresado		

Historia Paciente……. **1** **Self-Audit**

Criterio	Aclaraciones	Excepciones	Cumplimiento SI/NO	Observaciones
1.-				
2.-				
3.-				
4.-				
5.-				

Historia Paciente……. **2** **Self-Audit**

Criterio	Aclaraciones	Excepciones	Cumplimiento SI/NO	Observaciones
1.-				
2.-				
3.-				
4.-				
5.-				

Historia Paciente……. **3** **Self-Audit**

Criterio	Aclaraciones	Excepciones	Cumplimiento SI/NO	Observaciones
1.-				
2.-				
3.-				
4.-				
5.-				

Historia Paciente……. **4** **Self-Audit**

Criterio	Aclaraciones	Excepciones	Cumplimiento SI/NO	Observaciones
1.-				
2.-				
3.-				
4.-				
5.-				

Historia Paciente……. **5** **Self-Audit**

Criterio	Aclaraciones	Excepciones	Cumplimiento SI/NO	Observaciones
1.-				
2.-				
3.-				
4.-				
5.-				

Historia Paciente……. **6** **Self-Audit**

Criterio	Aclaraciones	Excepciones	Cumplimiento SI/NO	Observaciones
1.-				
2.-				
3.-				
4.-				
5.-				

Historia Paciente……. **7** **Self-Audit**

Criterio	Aclaraciones	Excepciones	Cumplimiento SI/NO	Observaciones
1.-				
2.-				
3.-				
4.-				
5.-				

Historia Paciente……. **8** **Self-Audit**

Criterio	Aclaraciones	Excepciones	Cumplimiento SI/NO	Observaciones
1.-				
2.-				
3.-				
4.-				
5.-				

Historia Paciente……. **9** **Self-Audit**

Criterio	Aclaraciones	Excepciones	Cumplimiento SI/NO	Observaciones
1.-				
2.-				
3.-				
4.-				
5.-				

Historia Paciente……. **10** **Self-Audit**

Criterio	Aclaraciones	Excepciones	Cumplimiento SI/NO	Observaciones
1.-				
2.-				
3.-				
4.-				
5.-				

Unidad Docente Multiprofesional
Atención Familiar y Comunitaria
Las Palmas Norte y Sur

Observación Estructurada de la Práctica Clínica
Mini-CEX

Es un método de **evaluación de la práctica profesional** con **observación estructurada** mediante un formulario y posterior provisión de **feedback** al residente.

Consiste en aplicar estas técnicas de observación estructurada en **pacientes reales,** en diferentes situaciones clínicas y las pueden realizar otros tutores diferentes al tutor principal.

Este método nos permite **evaluar competencias y habilidades clínicas** como: entrevista clínica, comunicación, profesionalismo, juicio clínico, organización y eficiencia.

Es importante que antes de ser someterte a una observación estructurada, acuerdes con tu tutor el momento y el paciente más idóneo para ello. No olvides repasar conjuntamente los **descriptores de las competencias** objeto de la evaluación.

Esta observación no tendría sentido si no se acompaña de una sesión de **feedback posterior** con el tutor observador. Es la ocasión más apropiada para establecer un plan de formación basada en los aspectos mejor valorados así como los susceptibles de mejorar.

Nuestra propuesta es que a lo largo de este último año de residencia realices sesiones de observación estructurada **al inicio (1º semestre) y al final (2º semestre)** de este periodo. El objetivo es poder objetivar tu progresión en la adquisición de habilidades y competencias.

Para poder evaluar estas competencias de una forma fiable aconsejamos **realizar entre 7 y 11 observaciones estructuradas**, tanto al principio como al final de la rotación. Esta fiabilidad mejora si otros tutores te observan y si estas observaciones se realizan en distintos entornos, como la consulta, urgencias, domicilios, y otros.

Recuerda que el feedback posterior ha de tener lugar lo más próximo posible a la observación y que la duración total de cada una de estas sesiones de observación es de **30 minutos**.

Unidad Docente Multiprofesional
Atención Familiar y Comunitaria
Las Palmas Norte y Sur

DESCRIPTORES DE LAS COMPETENCIAS

(Adaptado del Modelo del American Board of Internal Medicine)

ANAMNESIS

- Facilita las explicaciones del paciente
- Estructurada y exhaustiva
- Hace preguntas adecuadas para obtener información del paciente
- Responde adecuadamente a expresiones claves verbales y no verbales del paciente

EXPLORACION FISICA

- Exploración apropiada a la clínica
- Sigue una secuencia lógica y es sistemática
- Explicación al paciente del proceso de exploración
- Sensible a la comodidad y privacidad del paciente

PROFESIONALISMO

- Presentación del médico
- Muestra respeto y crea un clima de confianza. Empático
- Se comporta de forma ética y considera los aspectos legales relevantes al caso
- Atento a las necesidades del paciente en términos de confort, confidencialidad y respeto

JUICIO CLINICO

- Realiza una orientación diagnóstica adecuada con un diagnóstico diferencial
- Formula un plan de manejo coherente con el diagnóstico
- Hace/Indica los estudios diagnósticos considerando riesgos, beneficios y costes

HABILIDADES COMUNICATIVAS

- Utiliza un lenguaje comprensible y empático para el paciente
- Franco y honesto
- Explora las perspectivas del paciente y la familia
- Informa y consensúa el plan de manejo/tratamiento con el paciente

ORGANIZACION/EFICIENCIA

- Prioriza los problemas
- Buena gestión del tiempo y los recursos
- Derivaciones adecuadas
- Es concreto
- Recapitula y hace un resumen final
- Capacidad de trabajo en equipo

VALORACION GLOBAL

- Demuestra satisfactoriamente juicio clínico, capacidad de síntesis y de resolución, y tiene en cuenta los aspectos de eficiencia, valorando riesgos y beneficios en el plan de manejo.

Unidad Docente Multiprofesional
Atención Familiar y Comunitaria
Las Palmas Norte y Sur

1er Semestre **OBSERVACION Nº___**

OBSERVACION ESTRUCTURADA DE LA PRACTICA CLINICA
FORMULARIO Mini-CEX

- Evaluador: _____
- Fecha: _____/_____/_____
- Médico / Enfermera Residente: R1 R2 R3 R4

- Entorno Clínico: Consulta Urgencias Domicilio Otros _____
- Paciente: Nuevo Conocido Edad:_____ Género: _____
- Asunto Principal de la Consulta: Anamnesis Diagnóstico Tratamiento
  Prevención Control Otros_____
- Complejidad del Caso: Baja Media Alta

- Nº de Observaciones de casos clínicos previas del observador: _____
- Categoría del Observador: Tutor principal Otro Tutor de AP
  Tutor de otra especialidad Adjunto no tutor
  MIR/EIR Otros _____

	Insatisfactorio			Satisfactorio			Superior			No Valorable	Notas Observaciones
	1	2	3	4	5	6	7	8	9		
Anamnesis											
Exploración Física											
Profesionalismo											
Juicio Clínico											
Habilidades Comunicativas											
Organización y Eficiencia											
Valoración Global											

Mini-CEX - OEPC **Informe Feedback**

Competencias	A destacar	A mejorar
Anamnesis		
Exploración Física		
Profesionalismo		
Juicio Clínico		
Habilidades Comunicativas		
Organización y Eficiencia		
Valoración Global		

PUNTOS A DESTACAR

PUNTOS A MEJORAR

VALORACIÓN GLOBAL

OBJETIVOS PARA UNA PRÓXIMA REUNIÓN

TIEMPO utilizado para la OBSERVACION: _____ *' minutos*

TIEMPO utilizado para el FEEDBACK: _____ *' minutos*

Firma Observador *Firma Médico/Enfermera Residente*

Unidad Docente Multiprofesional
Atención Familiar y Comunitaria
Las Palmas Norte y Sur

2do Semestre **OBSERVACION Nº___**

OBSERVACION ESTRUCTURADA DE LA PRACTICA CLINICA
FORMULARIO Mini-CEX

- Evaluador: _____
- Fecha: _____/_____/_____
- Médico / Enfermera Residente: R1 R2 R3 R4

- Entorno Clínico: Consulta Urgencias Domicilio Otros _____
- Paciente: Nuevo Conocido Edad:_____ Género: _____
- Asunto Principal de la Consulta: Anamnesis Diagnóstico Tratamiento
  Prevención Control Otros_____
- Complejidad del Caso: Baja Media Alta

- Nº de Observaciones de casos clínicos previas del observador: _____
- Categoría del Observador: Tutor principal Otro Tutor de AP
  Tutor de otra especialidad Adjunto no tutor
  MIR/EIR Otros _____

	Insatisfactorio			Satisfactorio			Superior			No Valorable	Notas Observaciones
	1	2	3	4	5	6	7	8	9		
Anamnesis											
Exploración Física											
Profesionalismo											
Juicio Clínico											
Habilidades Comunicativas											
Organización y Eficiencia											
Valoración Global											

Mini-CEX - OEPC **Informe Feedback**

Competencias	A destacar	A mejorar
Anamnesis		
Exploración Física		
Profesionalismo		
Juicio Clínico		
Habilidades Comunicativas		
Organización y Eficiencia		
Valoración Global		

PUNTOS A DESTACAR

PUNTOS A MEJORAR

VALORACIÓN GLOBAL

OBJETIVOS PARA UNA PRÓXIMA REUNIÓN

TIEMPO utilizado para la OBSERVACION: _____ *' minutos*

TIEMPO utilizado para el FEEDBACK: _____ *' minutos*

Firma Observador *Firma Médico/Enfermera Residente*

Unidad Docente Multiprofesional
Atención Familiar y Comunitaria
Las Palmas Norte y Sur

VIDEOGRABACIONES DOCENTES

Después de las Observaciones Estructuradas de la Práctica Clínica te proponemos que **analices tu propia actuación** mediante la grabación de **dos consultas.**

Los **principales objetivos docentes** de este procedimiento son:

- Valorar los aspectos más relevantes de la interacción clínica con los pacientes
- Mejorar tus habilidades comunicativas y clínicas, mediante la autoevaluación y feed-back posterior con tu tutor/a. También pueden ser de gran utilidad los comentarios de otros compañeros.
- Mejor tu capacidad de autoobservación

Preparación para la Videograbación de la consulta:

- Antes de iniciar una sesión de videograbación, te aconsejamos que leas junto con tu tutor el **Manual de Procedimiento** que te facilitará la Unidad Docente junto con la **videocámara**. Incluye consejos técnicos, de procedimiento, así como las hojas de **consentimiento informado** para pacientes y para ti como residente. También en nuestra página web en el apartado de documentación:

  http://www.unidaddocentemfyclaspalmas.org.es/VideograbacionDocente.html

- También encontrarás **el cartel** para colocar en la puerta de la consulta y que advierte a los pacientes de dicha actividad.
- Elige el días más adecuado para realizar esta actividad en la consulta.
- Si lo consideras oportuno, selecciona aquel paciente que ofrezca una mayor exigencia clínica y de habilidades de comunicación.

Sesión de visualización:

- Te propones un instrumento validado, la **escala CICCA**, como guía en la autoevaluación. Antes de empezar, lee con detenimiento los 29 items que incluye.
- Puedes analizar la grabación de forma individual o con tu tutor/a. En esta último caso, es importante que tú seas quién primero exprese las observaciones y comentarios, tanto de los aspectos más destacables como de los susceptibles de mejorar.
- Para finalizar, el informe de reflexión te permitirá resumir todo lo aprendido en la sesión de videograbación. Además podrás realizar una valoración de lo que ha supuesto esta experiencia desde el punto de vista formativo.

Videograbación 1 Fecha: - -

Datos generales de la consulta

Tiempo de duración de la consulta:
Motivos de Consulta:

- 1º o principal:
- 2º:
- 3º:

Proceso: Agudo ( ) Crónico ( ) **Visita:** Inicial ( ) Revisión ( )

Análisis de la Videograbación

Tarea 1. CONECTAR	NP	0	1	2
1. ¿En qué medida el paciente recibe adecuadamente al paciente?				
2. En qué medida el profesional hace un uso del ordenador u otros registros de forma que no altera la comunicación?				
3. ¿En qué medida el profesional se muestra cortés y amable durante la entrevista?				
4. ¿En qué medida el lenguaje no verbal del profesional es el adecuado?				
5. ¿En qué medida el profesional muestra empatía en los momentos oportunos?				
6. ¿En qué medida el profesional cierra adecuadamente la entrevista con el paciente?				
Observaciones y comentarios (Establecer un mantener una relación con el paciente)				

Tarea 2. IDENTIFICAR Y COMPRENDER LOS PROBLEMAS	NP	0	1	2
7. ¿En qué medida el profesional ha mostrado una reactividad adecuada?				
8. ¿En qué medida el profesional facilita el discurso del paciente?				
9. ¿En qué medida el profesional establece y mantiene a lo largo de la entrevista un contacto visual-facial adecuado?				
10. ¿En qué medida el profesional capta y responde a las pistas ofrecidas por el paciente?				
Observaciones y comentarios (Escucha activa)				
11. ¿En qué medida el profesional emplea preguntas abiertas?				
Observaciones y comentarios (Preguntas)				
12. ¿En qué medida el profesional ha explorado la idea que tenía el propio paciente sobre el origen y/o causa de su síntoma o proceso?				
13. ¿En qué medida el profesional ha explorado las emociones y sentimientos que el síntoma o proceso ha provocado al paciente?				
14. ¿En qué medida el profesional ha explorado cómo afecta al				

paciente su síntoma o proceso en su vida diaria, entorno sociofamiliar o laboral?				
15. ¿En qué medida el profesional ha explorado las expectativas que el paciente tiene para esta consulta?				
16. ¿En qué medida el profesional ha explorado el estado de ánimo del paciente?				
17. ¿En qué medida el profesional ha explorado posibles acontecimientos vitales estresantes para el paciente?				
18. ¿En qué medida el profesional ha explorado el entorno sociofamiliar?				
19. ¿En qué medida el profesional ha explorado factores de riesgo o realizado actividades preventivas no relacionadas con la demanda?				
Observaciones y comentarios (Integrar información psicosocial)				
20. ¿En qué medida el profesional ha resumido la información que ha obtenido del paciente?				
Observaciones y comentarios (Resumen)				
Observaciones y comentarios (Identificar e integrar los problemas)				

Tareas 3 y 4. ACORDAR Y AYUDAR A ACTUAR	**NP**	**0**	**1**	**2**
21. ¿En qué medida el profesional trata de explicar el proceso o el síntoma principal presentado por el paciente?				
22. ¿En qué medida el profesional trata de explicar sobre la evaluación que puede seguir el proceso?				
23. ¿En qué medida el profesional ofrece una información adaptada a los problemas y necesidades que tiene el paciente?				
24. ¿En qué medida el profesional ofrece la información de forma clara?				
Observaciones y comentarios (Información personalizada y comprensible)				
25. ¿En qué medida el profesional da la oportunidad al paciente de participar en la toma de decisiones de la consulta animándolo?				
26. ¿En qué medida el profesional permite que el paciente exprese sus dudas?				
27. Si se produce alguna discrepancia o desacuerdo entre el profesional y el paciente, ¿en qué medida el profesional busca el acuerdo? (entrando en discusión y considerando las opiniones del paciente)				
28. ¿En qué medida el profesional comprueba que el paciente ha comprendido la información suministrada?				
29. ¿En qué medida el profesional consigue compromisos explícitos por parte del paciente respecto al plan a seguir?				
Observaciones y comentarios (Participación del paciente en la toma de decisiones y negociación)				

Videograbación 1 Informe de Reflexión

¿Cómo te has sentido en la consulta mientras se grababa?

¿Cómo te has sentido durante la visualización de la videograbación?

¿Qué es lo que más te ha impresionado de manera positiva de tu actuación y no te habías percatado antes?

¿Qué es lo que más necesariamente crees que debes cambiar?

¿Has compartido la visualización con tu tutor/a?

¿Has coincidido con tu tutor/a en los aspectos más destacable de tu actuación?

¿Qué piensa tu tutor/a sobre los aspectos que crees que debes cambiar?

Desde el punto de vista de tu formación como médico ¿qué te ha aportado la experiencia de autoevaluar tu propia actuación?

Videograbación 2 Fecha: - -

Datos generales de la consulta

Tiempo de duración de la consulta:
Motivos de Consulta:

- 1º o principal:
- 2º:
- 3º:

Proceso: Agudo ( ) Crónico ( ) **Visita:** Inicial ( ) Revisión ( )

Análisis de la Videograbación

Tarea 1. CONECTAR	NP	0	1	2
1. ¿En qué medida el paciente recibe adecuadamente al paciente?				
2. En qué medida el profesional hace un uso del ordenador u otros registros de forma que no altera la comunicación?				
3. ¿En qué medida el profesional se muestra cortés y amable durante la entrevista?				
4. ¿En qué medida el lenguaje no verbal del profesional es el adecuado?				
5. ¿En qué medida el profesional muestra empatía en los momentos oportunos?				
6. ¿En qué medida el profesional cierra adecuadamente la entrevista con el paciente?				
Observaciones y comentarios (Establecer un mantener una relación con el paciente)				

Tarea 2. IDENTIFICAR Y COMPRENDER LOS PROBLEMAS	NP	0	1	2
7. ¿En qué medida el profesional ha mostrado una reactividad adecuada?				
8. ¿En qué medida el profesional facilita el discurso del paciente?				
9. ¿En qué medida el profesional establece y mantiene a lo largo de la entrevista un contacto visual-facial adecuado?				
10. ¿En qué medida el profesional capta y responde a las pistas ofrecidas por el paciente?				
Observaciones y comentarios (Escucha activa)				
11. ¿En qué medida el profesional emplea preguntas abiertas?				
Observaciones y comentarios (Preguntas)				
12. ¿En qué medida el profesional ha explorado la idea que tenía el propio paciente sobre el origen y/o causa de su síntoma o proceso?				
13. ¿En qué medida el profesional ha explorado las emociones y sentimientos que el síntoma o proceso ha provocado al paciente?				
14. ¿En qué medida el profesional ha explorado cómo afecta al				

paciente su síntoma o proceso en su vida diaria, entorno sociofamiliar o laboral?				
15. ¿En qué medida el profesional ha explorado las expectativas que el paciente tiene para esta consulta?				
16. ¿En qué medida el profesional ha explorado el estado de ánimo del paciente?				
17. ¿En qué medida el profesional ha explorado posibles acontecimientos vitales estresantes para el paciente?				
18. ¿En qué medida el profesional ha explorado el entorno sociofamiliar?				
19. ¿En qué medida el profesional ha explorado factores de riesgo o realizado actividades preventivas no relacionadas con la demanda?				
Observaciones y comentarios (Integrar información psicosocial)				
20. ¿En qué medida el profesional ha resumido la información que ha obtenido del paciente?				
Observaciones y comentarios (Resumen)				
Observaciones y comentarios (Identificar e integrar los problemas)				

Tareas 3 y 4. ACORDAR Y AYUDAR A ACTUAR	**NP**	**0**	**1**	**2**
21. ¿En qué medida el profesional trata de explicar el proceso o el síntoma principal presentado por el paciente?				
22. ¿En qué medida el profesional trata de explicar sobre la evaluación que puede seguir el proceso?				
23. ¿En qué medida el profesional ofrece una información adaptada a los problemas y necesidades que tiene el paciente?				
24. ¿En qué medida el profesional ofrece la información de forma clara?				
Observaciones y comentarios (Información personalizada y comprensible)				
25. ¿En qué medida el profesional da la oportunidad al paciente de participar en la toma de decisiones de la consulta animándolo?				
26. ¿En qué medida el profesional permite que el paciente exprese sus dudas?				
27. Si se produce alguna discrepancia o desacuerdo entre el profesional y el paciente, ¿en qué medida el profesional busca el acuerdo? (entrando en discusión y considerando las opiniones del paciente)				
28. ¿En qué medida el profesional comprueba que el paciente ha comprendido la información suministrada?				
29. ¿En qué medida el profesional consigue compromisos explícitos por parte del paciente respecto al plan a seguir?				
Observaciones y comentarios (Participación del paciente en la toma de decisiones y negociación)				

Videograbación 2 Informe de Reflexión

¿Cómo te has sentido en la consulta mientras se grababa?

¿Cómo te has sentido durante la visualización de la videograbación?

¿Qué es lo que más te ha impresionado de manera positiva de tu actuación y no te habías percatado antes?

¿Qué es lo que más necesariamente crees que debes cambiar?

¿Has compartido la visualización con tu tutor/a?

¿Has coincidido con tu tutor/a en los aspectos más destacable de tu actuación?

¿Qué piensa tu tutor/a sobre los aspectos que crees que debes cambiar?

Desde el punto de vista de tu formación como médico ¿qué te ha aportado la experiencia de autoevaluar tu propia actuación?