



REQUISITOS PARA INCORPORARSE AL PROGRAMA UMIPIC

Queridos compañeros,

Con la intención de favorecer la incorporación de nuevas Unidades al Programa UMIPIC (Programa de creación y promoción de Unidades de Manejo Integral de Pacientes con IC) se ha actualizado el documento con los requisitos básicos que se plantearon desde su inicio (abril-11) desde la Coordinación del Grupo de IC y la Junta Directiva de la SEMI.

Se trata de unos criterios mínimos de selección, que ayudarán a los interesados a conocer sus posibilidades reales de poder llevarlo a cabo en su centro hospitalario, y de esa forma evitar esfuerzos infructuosos.

En concreto, los criterios básicos que se han considerado son:

1. Ser miembro del Grupo de IC de la SEMI
2. Aceptación por parte del jefe de servicio de Medicina Interna (en caso de no serlo el solicitante) de la creación y promoción de la unidad de IC en su centro correspondiente.
3. Conformidad de la Dirección del hospital a la puesta en marcha de esta iniciativa.
4. Disponibilidad del solicitante de un mínimo de dedicación asistencial en la unidad de 5 horas semanales en horario laboral, con el compromiso de ir incrementando esta actividad a medida que aumente la carga asistencial. Sería muy deseable que en la planificación del funcionamiento del servicio se prevea en un futuro la dedicación a tiempo completo del solicitante en dicha actividad.
5. Disponibilidad de espacio físico adecuado en el horario laboral establecido por el solicitante, con acceso a equipo informático y conexión a internet.

Aquellos interesados deberán cumplimentar los documentos que se indican y enviarlos por correo electrónico a Conchi Jiménez: semi@fesemi.org. Teléfono: 915197080

José Pérez Silvestre
Coordinador del Grupo de ICyFA

Juana Carretero Gómez
Presidente de la SEMI

Luis Manzano Espinosa
Coordinador programa UMIPIC



ANEXO I. Compromiso del solicitante en el programa UMIPIC

Centro:

D./D^a.: _____

Como facultativo del servicio de Medicina Interna

HACE CONSTAR:

Que conoce y cumple con los criterios básicos requeridos en la selección de candidatos para el programa UMIPIC de creación y promoción de Unidades de Manejo Integral del Paciente con Insuficiencia Cardíaca en Medicina Interna.

Que garantiza una dedicación inicial a la unidad de al menos 5 horas a la semana.

Firmado

Fecha:



ANEXO II. Documento de aceptación del jefe de servicio de Medicina Interna de la creación y promoción de la Unidad de Manejo Integral del Paciente con Insuficiencia Cardíaca

Centro:

Responsable de la unidad:

D./D^a.: _____

Como Jefe del Servicio de Medicina Interna

HACE CONSTAR:

Que conoce y acepta la creación y promoción en el servicio de Medicina Interna de la Unidad de Manejo Integral del Paciente con Insuficiencia Cardíaca.

Que el responsable de la actividad asistencial en dicha unidad será el Dr/Dra _____, cuya dedicación para dicha tarea será inicialmente al menos de 5 horas a la semana.

Que garantiza la disponibilidad del espacio físico necesario para poder realizar esta actividad.

Firmado

Fecha:



ANEXO III. Documento de la Dirección-Gerencia del hospital de conformidad a la creación de la Unidad de Manejo Integral del Paciente con Insuficiencia Cardíaca en el servicio de Medicina Interna

Centro:

Responsable de la unidad:

Jefe de servicio:

D./D^a.: _____

Como Gerente / Director Médico / Subdirector Médico

HACE CONSTAR: que conoce y está conforme con la creación en el servicio de Medicina Interna de la Unidad de Manejo Integral del Paciente con Insuficiencia Cardíaca.

Firmado

Fecha:



ANEXO IV. Medios de los que dispone el centro del solicitante para la creación y promoción de la Unidad de Manejo Integral del Paciente con Insuficiencia Cardíaca

Centro:

Responsable de la unidad:

Jefe de servicio:

Espacio físico adecuado	<input type="checkbox"/>
Equipo informático con conexión a internet	<input type="checkbox"/>
Historia electrónica	<input type="checkbox"/>
Apoyo de enfermería	<input type="checkbox"/>
Teléfono-FAX	<input type="checkbox"/>
Actividades de coordinación con Atención Primaria	<input type="checkbox"/>
Plan de hospitalización a domicilio	<input type="checkbox"/>
Equipo de ECG	<input type="checkbox"/>

Otros medios (describanlos):

Firma del jefe de servicio Firma del responsable de la unidad Fecha:



ANEXO IV. Breve descripción del plan previsto o ya establecido de funcionamiento de la unidad con los medios de que dispone en el momento actual (dotación humana, recursos materiales, horario, organización de la actividad asistencial, etc) y otras observaciones que se deseen comentar.