

VARIABLES RECURSOS HOSPITAL

INFORMACIÓN DE HOSPITAL

1	Nombre del hospital
2	Número total de camas en el hospital
3	¿Cuántas personas tienen acceso a su hospital? Población del área asignada al hospital
4	Hospital Universitario <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
5	Su hospital, ¿es público, perteneciente o asociado al Sistema Nacional de Salud, o privado, perteneciente a una empresa privada? - Público - Privado
6	¿Dispone el hospital de unidad de cuidados intensivos? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
7	¿Dispone el hospital de unidad de cuidados intensivos para pacientes con EPOC? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
8	¿Dispone el hospital de espirometría? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
9	¿Hay un neumólogo de guardia disponible todos los días del año? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
10	¿Dispone el hospital de una sala de hospitalización neumológica? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
11	¿Dispone el hospital de Unidad de neumología? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
12	Por favor, indique si en su hospital existe alguna actividad clínica (enfermera, médica u otra) o no clínica que pudiera ser de utilidad para otros hospitales:

UNIDAD O DEPARTAMENTO DE NEUMOLOGÍA

1	¿Dispone el hospital de una consulta externa? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
2	¿Dispone el hospital de una consulta para pacientes con EPOC? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
3	Número de urgencias totales (cualquier causa) atendidas en 2009. <input type="text"/> <input type="checkbox"/> NO RECOGIDO
4	Número de neumólogos del hospital <input type="text"/> <input type="checkbox"/> Inexistente
5	Número de personas en formación neumológica <input type="text"/> <input type="checkbox"/> Inexistente
6	Número de fisioterapeutas o terapeutas respiratorios que hay en el hospital <input type="text"/> <input type="checkbox"/> Inexistente
7	Número de enfermeras especialistas que hay en el hospital <input type="text"/> <input type="checkbox"/> Inexistente
8	Número de técnicos de laboratorio de función pulmonar que hay en el hospital <input type="text"/> <input type="checkbox"/> Inexistente
9	¿Dispone el hospital de una sala de hospitalización neumológica? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO 9a: En caso afirmativo, que porcentaje de los pacientes admitidos con EPOC durante un año, son atendidos en la sala de hospitalización de Neumología. <input type="text"/> <input type="checkbox"/> NO RECOGIDO
10	¿Cuántos "pases de visita" realiza el médico (o equipo médico) que recibe al paciente EPOC en las primeras 24 horas del ingreso? <input type="text"/> <input type="checkbox"/> NO RECOGIDO
11	¿Se dispone de un sistema de triage especial para EPOC? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
12	¿Dispone el hospital de un departamento de urgencias? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
13	¿Dispone el hospital de una sala de observación donde se tratan algunos o todos los pacientes con EPOC que ingresan? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
14	¿Se dispone de una unidad de intermedios o cuidados críticos que admite pacientes ingresados por EPOC en urgencias? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO 14a. En caso afirmativo, indique cuantas camas tiene asignadas <input type="text"/> <input type="checkbox"/> NO RECOGIDO
15	¿Qué porcentaje de pacientes con EPOC son atendidos por fisioterapeutas o enfermeras especializadas durante su ingreso? (No responda a esta pregunta en caso de haber respondido previamente que "No" dispone de enfermeras especializadas en el cuidado de pacientes respiratorios) <input type="text"/> <input type="checkbox"/> NO RECOGIDO

16	¿Qué porcentaje de pacientes con EPOC son atendidos por neumólogos durante su ingreso? <input type="text"/> <input type="checkbox"/> NO RECOGIDO
17	¿Ofrece su hospital soporte ventilatorio no invasivo para pacientes con insuficiencia respiratoria y acidosis? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO 17a. En caso afirmativo, ¿Tiene capacidad para tratar a todos los pacientes que lo necesitan? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
18	¿Ofrece su hospital soporte ventilatorio invasivo para pacientes con insuficiencia respiratoria y acidosis? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO 18a. En caso afirmativo, ¿Tiene capacidad para tratar a todos los pacientes que lo necesitan? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
19	¿Dispone el hospital de un programa de rehabilitación pulmonar para los pacientes dados de alta tras un ingreso por EPOC? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO 19a. En caso afirmativo, ¿Qué tipo de programa sigue? <ul style="list-style-type: none"> - Hospitalario - Domiciliario - Ambos - Otra - No recogido 19b. En caso afirmativo, Qué porcentaje de pacientes dados de alta, dentro de los que está indicado, reciben rehabilitación pulmonar en los siguientes 6 meses? <input type="text"/> <input type="checkbox"/> NO RECOGIDO
20	¿Dispone el hospital de un programa de alta precoz para pacientes con ingreso por EPOC? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO 20a. En caso afirmativo, indique el porcentaje de pacientes que entran en el programa. <input type="text"/> <input type="checkbox"/> NO RECOGIDO
21	¿Dispone su hospital de un servicio de cuidados paliativos de final de vida que pueda ser aplicado a los pacientes EPOC que lo requieran? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
22	Su hospital, ¿se ocupa de la provisión de oxígeno a largo plazo de los pacientes en que se ha indicado? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
23	Su hospital, ¿se ocupa/atiende/hace seguimiento de los pacientes con ventilación mecánica domiciliaria? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO