

**PROYECTO DE PROGRAMA DE AUTOEVALUACIÓN /
ACREDITACIÓN
EN COMUNICACIÓN CON EL PACIENTE Y SU FAMILIA DE LOS
CENTROS SANITARIOS (VAL-CIPO)**

Celebrados ya cinco Congresos Nacionales de Comunicación con el Paciente y su Familia (CIPO 2013-14-17-19 y 21) con la participación de importantes personalidades en la materia y representantes nacionales de todos los sectores implicados, hemos considerado que es el momento de afianzar lo en ellos comentado y fomentar su aplicación práctica.

Para ello y partiendo de algunas de las conclusiones más importantes de dichos congresos planteamos un Programa de Autoevaluación / Acreditación de Centros Sanitarios (VAL-CIPO), valorando el cumplimiento en ellos de una serie de ítems objetivos y fácilmente cuantificables.

Es un proyecto que se presenta a debate en el 6º Congreso Nacional de Comunicación con el Paciente y su Familia (CIPO 2023).

- 1- POSIBILIDAD DE ELECCIÓN DE HABITACIÓN INDIVIDUAL** (3 puntos)
- 2- DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO DE INFORMACIÓN** (1 punto)
(Distinto de los Consentimientos de Información habituales)
- 3- DOCUMENTO DE DESIGNACIÓN DE REPRESENTANTE** (1 punto)
- 4- DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO DE LIMITACIÓN DEL ESFUERZO TERAPEÚTICO Y/O SOPORTE VITAL** (1 punto)
- 5- COMITÉ DE COMUNICACIÓN CON EL PACIENTE Y SU FAMILIA, EN EL QUE ESTÉN ESTOS REPRESENTADOS.** (2 puntos)
- 6- PROGRAMA DE FORMACIÓN Y EVALUACIÓN PERMANENTE EN COMUNICACIÓN CON EL PACIENTE Y SU FAMILIA DE TODO EL PERSONAL (Presencial u On line)** (1 punto)
- 7- EVALUACIÓN PERMANENTE MEDIANTE ENCUESTAS ANÓNIMAS DE LOS DIVERSOS ASPECTO DE LA COMUNICACIÓN .** (1 punto)

Modelo de Consentimiento de Información

CONSENTIMIENTO DE INFORMACIÓN

Usted va a ser atendido/a en nuestro Centro Sanitario. Como resultado de los diversos estudios y tratamientos se va a producir una información confidencial sobre su persona.

Debido a ello nos es imprescindible que conteste a las siguientes preguntas (marque con una X las respuestas que elija). Gracias. (*)

Deseo que a mí se me proporcione toda la información disponible, aunque sea dura, desagradable o extremadamente preocupante	<input type="checkbox"/>
Deseo que a mí se me proporcione sólo la información básica sobre mi enfermedad	<input type="checkbox"/>

Deseo que la información sobre mi enfermedad, evolución y tratamiento se proporcione:

- Única y exclusivamente a mí
- A cualquier miembro directo de mi familia
(Padres, Marido o Mujer, Hijos y Hermanos)
- A cualquier miembro de mi familia.....
(Incluidos abuelos ,tíos, sobrinos, primos,etc.)
- A la persona que me cuide o acompañe.....
- Única y exclusivamente a..... _____

Fecha _____

Firma

ⓐ En el caso de no marcar ninguna opción dichos aspectos quedan a criterio de los facultativos responsables.

**DOCUMENTO DE PLANIFICACIÓN ANTICIPADA
DE LOS CUIDADOS SANITARIOS**

DESIGNACIÓN DE REPRESENTANTE

Usted va a ingresar en nuestro Centro y quizás pase periodos de inconsciencia por intervención quirúrgica, sedación o por su propia enfermedad.

En cualquier caso, este Documento pretende recoger información acerca de sus deseos ante la supuesta situación en que no pudiera decidir por sí mismo sobre cuestiones médicas, toma de decisiones compartidas o consentimiento informado.

En el caso de incapacidad para tomar decisiones sobre mi estado de salud durante el presente ingreso deseo que mi representante sea:

D/Dña.....

(parentesco:.....)

TF.....

Si tuviese realizada la Declaración de Voluntades Vitales Anticipada ésta queda anulada durante esta hospitalización:
(marque con una X lo que desee)

Sí queda anulada.....

Sigue vigente.....

NO LA TENGO

Fecha.....

Firma.....

Facultativo Presente.....

Firma.....

Modelo de Consentimiento de Limitación del Esfuerzo Terapéutico y/o Suspensión del Soporte Vital

CONSENTIMIENTO DE LIMITACIÓN DEL ESFUERZO TERAPÉUTICO Y/O SUSPENSIÓN DEL SOPORTE VITAL

Autorizo a que se suspendan o no se inicien las medidas terapéuticas y/o de soporte vital que con la suficiente certeza se considera que no tienen ninguna posibilidad de mejoría de la situación clínica actual ni de curación ni a corto ni a largo plazo y sí únicamente una prolongación de la situación irresoluble y penosa actual.

Soy consciente de que ello va a suponer probablemente el fallecimiento en las próximas horas o días.

Fecha
Paciente:.....

Firma del

Nombre y Apellidos del Representante:

.....
.....

DNI.....

Firma
Representante:.....

del

Firma del Facultativo Responsable

Firma de 2º Facultativo (*)

Nº de Colegiado.....
Colegiado.....

Nº de

(*): El 2º Facultativo ha de pertenecer a un Servicio Clínico distinto del Facultativo Responsable

POSIBILIDAD DE ELECCIÓN DE HABITACIÓN INDIVIDUAL

Para considerar acreditado este aspecto el Centro Sanitario debe ofrecer la posibilidad de habitación individual a todos los pacientes que ingresen .(Opción que según las estadísticas al respecto no se elegirá en todos los casos , pues hay quienes prefieren estar acompañados por otro paciente o les es indiferente).

Únicamente en una situación extraordinaria de emergencia sanitaria, adecuadamente justificada, podrá algún paciente ingresarse en una habitación junto a otro paciente en contra de su deseo , debiendo esta situación mantenerse el menor tiempo posible y en cualquier caso adoptándose obligatoriamente las suficientes medidas oportunas y eficaces para el efectivo aislamiento visual y acústico entre ellos.

COMITÉ DE COMUNICACIÓN CON EL PACIENTE Y SU FAMILIA, EN EL QUE ESTÉN ESTOS REPRESENTADOS.

PROGRAMA DE FORMACIÓN Y EVALUACIÓN PERMANENTE EN COMUNICACIÓN CON EL PACIENTE Y SU FAMILIA DE TODO EL PERSONAL (Presencial u On line)

Para la acreditación según este programa , tanto en este comité como en el programa de formación han de aplicarse las conclusiones de los Congresos Nacionales de Comunicación con el Paciente y su Familia (CIPO)

Modelo de Encuesta Anónima de Valoración de la Comunicación

**ENCUESTA ANÓNIMA DE VALORACIÓN DE LA COMUNICACIÓN
(PACIENTE Y REPRESENTANTE)**
(marque con una X la opción elegida)

1- ¿ Se le ha ofrecido la posibilidad de una habitación individual ?

SÍ.....

NO

2- ¿La información que se le ha proporcionado ha sido adecuada?

SÍ.....

NO

3- ¿La comunicación con su médic@ ha sido muy buena ?

SÍ.....

NO

4- ¿La comunicación con la enfermería ha sido muy buena ?

SÍ.....

NO

5- ¿La comunicación con otro personal ha sido muy buena?

SÍ.....

NO

6- ¿Ha sido respetada su dignidad y confidencialidad en todo momento?

SÍ.....

NO