

1.- IDENTIFICACION DEL CENTRO

Entidad
Centro
Dirección
Residencia si no
Capacidad Residencia _____
Ocupación residencia _____
Código postal
Población
Ciudad
Tel.
Mail

FECHA INSPECCIÓN

Núm. Registro _____

HORA DE

A

Centro de Día si no
Capacidad Centro de Día
Ocupación centro de Día

2.-CONDICIONES MATERIALES

Acceso/itinerarios interiores están adaptados/practicables si no
Los espacios exteriores son de uso exclusivo si no
Número total de dormitorios _____
Individuales _____
Dobles _____
Triples _____
Número total de baños _____
Número de baños adaptados
Disponen de alarmas individuales si no
Disponen pilotos nocturnos habitaciones si no
Disponen mesitas individuales si no
Disponen separadores de camas si no
Disponen armarios individuales si no
Disponen de un mínimo de 20% de camas articuladas si no
Disponen de almacén de ropa limpia si no
Existe circuito diferenciado ropa usada si no

3.- ESPACIOS DIFERENCIADOS

Sala de visitas (min. 10m2) si no
Comedor específico si no
Sala polivalente si no
Despachos profesionales (min 12m2) si no
Sala específica fisioterapia (min 10m2) si no
Otros _____ si no

4.- HORARIOS GENERALES CENTRO

Horario levantar _____
Desayuno _____
Comida _____
Merienda _____
Cena _____
Resopón _____
Horario acostarse _____
Horarios con flexibilidad _____
Horario actividades mañanas _____
Horario actividades tardes _____

5.- SERVICIOS COMPLEMENTARIOS

Peluquería si no
Podología si no
Transporte adaptado si no
Acompañamientos externos si no

6.- RESIDENTES

Mecanismos para valorar grado de satisfacción usuarios	si	no
Cuáles? Encuesta Buzón Entrevistas Hoja reclamación		
Tienen objetos privados en habitaciones?	si	no
En espacios comunes?	si	no
Hay sistema de control de las salidas al exterior	si	no
Está los derechos expuestos en tablón anuncios	si	no

7.- PROGRAMA ACTIVIDADES Y PIAI

Disponen programa actividades actualizado?	si	no
Disponen de PIAI	si	no
Frecuencia media de revisión PIAIS _____		

8.- PERSONAS CON TRASTORNOS COGNITIVOS

Número de diagnósticos de TC _____		
Los residentes con TC disponen de espacios específicos	si	no
Los residentes con TC disponen de espacios específicos	si	no
Se realizan actividades conjuntas	si	no

9.- CONTENCIONES – CAIDAS – LESIONES POR PRESION

Número personas que requieren contención _____		
De ellas cuantas con contención intermitente _____		
De ellas cuantas con trastornos posturales/ de equilibrio _____		
De ellas cuantas con comunicación judicial _____		
Existe hoja informativa de prescripción y conformidad familiar	si	no
Existen casos NO autorización de contención	si	no
Cuantos? _____		
Se realizan valoraciones de riesgo de caídas (Tinetti)	si	no
Número de caídas durante el año _____		
Se realizan valoraciones del riesgo de UPP	si	no
Número de UPP _____		
Número de personas que al ingreso presenta UPP _____		

10.- PROFESIONALES

Periodicidad reunión Equipo interdisciplinar _____		
Se adjunta cuadro horario turnos	si	no
Se adjunta relación trabajadores (horas anuales y categorías)	si	no
Ratio atención directa mes inspección _____		
Ratio atención indirecta mes inspección _____		
Participan las gerocultoras en las reuniones del equipo	si	no

11.- COCINA

Hay exposición pública de los menús	si	no
Están supervisados	si	no
Hay variación de menús: diabético, astringente	si	no
Hay desglose calórico y de gramaje de los menús	si	no
Se cocina en el propio centro	si	no
Nombre empresa _____		
Servicio externalizado	si	no
Nombre de la empresa _____		
Se ofrecen complementos alimentarios	si	no
Numero menús normales hoy _____		
Numero triturados hoy _____		

12.- EXPEDIENTE ASISTENCIAL RESIDENTES

Datos personales	si	no
Datos personas ó entidad de referencia	si	no

Prescripció de dieta	si	no
Prescripció farmacològica	si	no
Prescripció contencions	si	no
Comunicacions judicials guardas de hecho/contencions	si	no
Informe social	si	no
Historia mèdica	si	no
Historia social	si	no
Se identifica responsable preparació medicació	si	no
Se identifica responsable administració medicació	si	no
La medicació està bajo custodia	si	no

13.- PROTOCOLOS

Están revisados	si	no
Con que fecha		
Protocolo de acogida y adaptación	si	no
Protocolo de atención incontinencia	si	no
Protocolo de caídas	si	no
Protocolo de contenciones	si	no
Protocolo de UPP	si	no
Protocolo de higiene personal	si	no
Protocolo de administración de medicación	si	no
Protocolo de higiene y limpieza del establecimiento	si	no
Protocolo de lavandería	si	no
Protocolo de alimentación residentes asistidos	si	no
Protocolo de atención asistencial aspectos de salud	si	no
Protocolo acompañamiento a la muerte	si	no

14.- REGISTROS

Están actualizados y supervisados	si	no
Registro de caídas	si	no
Registro de contenciones	si	no
Registro de UPP	si	no
Registro de higiene personal	si	no
Registro de administración de medicación	si	no
Registro de participación de usuarios en actividades	si	no
Registro de salidas de residentes	si	no

15.- DOCUMENTACION ADMINISTRATIVA Y PÚBLICA

Libro registro	si	no
Contratos asistenciales	si	no
Reglamento régimen interior	si	no
Facturas mensuales	si	no
Póliza RC (600.000€ siniestro y 150.000€ víctima)	si	no
Rotulación interior centro	si	no
Documentación expuesta tabón de anuncios	si	no
Acreditación de RHS	si	no
Acreditación de Dirección Técnica	si	no

16.- OBSERVACIONES A LA INSPECCIÓN

17.- ALEGACIONES A LA INSPECCIÓN

FDO.