**Programa de supervisión de alumnos de pregrado**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ELABORADO** | **REVISADO** | **APROBADO** |
| Dina Guerra Campos Encargado RADCESFAM José Joaquín AguirreIlustre Municipalidad de Calle Larga  | Monica Robledo SobaEncargada de Calidad (Subrogante) CESFAM José Joaquín AguirreIlustre Municipalidad de Calle Larga |  Natalia Rios RojasDirectora CESFAM José Joaquín AguirreIlustre Municipalidad de Calle Larga  |
| 29/12/2022 | 29/12/2022 | 30/12/2022 |

**1-. Objetivo general**

Evaluar el cumplimiento de procedimientos relevantes en práctica clínica y nivel de supervisión establecido para los alumnos de pregrado.

**2-. Alcance**

El presente programa de supervisión aplicará para los alumnos que se encuentren en las unidades de: Vacunatorio, Urgencias y Dental

**4-. Responsable de la ejecución**

**Encargada RAD:** Es responsable de aplicar el presente programa de supervisión.

**Profesionales de la unidad:** Responsables de respetar las actividades y niveles de supervisión designados para los estudiantes de pregrado.

**5-. Desarrollo**

***Proceso a supervisar***

Se evaluará que los alumnos cumplan con el correcto de lavado de manos en sus prácticas clínicas en la unidad de Vacunatorio y en la unidad dental correctas prácticas clínicas relacionadas con los procedimientos y lavado de manos, además de constatar que se cumple el nivel de supervisión descrito para los alumnos de pregrado de dicha carrera.

***Metodología y periodicidad de las Mediciones:***

Para la evaluación se utilizará una pauta de cotejo (anexo 1 y anexo 2 ) que será aplicada al universo de los estudiantes de pregrado al menos una vez por semestre y el día de la medición se realizará por conveniencia a los alumnos que se encuentren en práctica clínica en las unidades antes señaladas.

Para que la pauta de cotejo se dé por cumplida, debe cumplir con todos los ítems.

**Metas esperadas:**

Cumplimiento de aplicación de pauta al 100% de los alumnos de pregrado de las unidades que están contempladas para la supervisión.

Cumplimiento del 85% de las pautas de supervisión aplicadas.

***Informe de resultados obtenidos:***

El informe de los resultados obtenidos se emitirá de manera semestral a Dirección, encargados de Unidad y los campos de Formación Profesional respectivos.

**6.- Distribución**

a.- Dirección

b.- Unidad de Calidad

c.- Subdirección médica

d.- Enfermera coordinadora

e.- Jefes de unidades

f.- Encargada de posta

**7.- Anexos**

**Anexo 1**

**Pauta de cotejo” Supervisión de las prácticas clínicas relevantes”**

|  |  |
| --- | --- |
| **Nombre de estudiante supervisado** |  |
| **Fecha** |  |
| **Unidad** |  |
| **Profesional a cargo**  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Actividades** | **Si** | **No** |
| Subir las mangas de su ropa hasta el codo. |  |  |
| Retirar todo tipo de joyas de manos y antebrazos. |  |  |
| Abrir la llave de agua del lavamanos. |  |  |
| Mojar manos y muñecas. |  |  |
| Aplicar jabón líquido antiséptico en ambas manos, hasta 4 traveses de dedo sobre la muñeca. |  |  |
| Friccionar ambas manos, con énfasis en uñas y espacios interdigitales, durante al menos 20 segundos.  |  |  |
| Enjuagar sus manos con abundante agua. |  |  |
| Secar sus manos, comenzando desde los dedos hasta la muñeca con toalla de papel desechable. |  |  |
| Cerrar la llave de agua con toalla de papel desechable, sin tocar la perilla con las manos y luego eliminar toalla. |  |  |
| **Estudiante con supervisión directa o indirecta según corresponde** |  |  |
|  |  |  |

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre y firma de encargado RAD

**Anexo 2**

**Pauta de cotejo” Supervisión de las prácticas clínicas relevantes procedimientos dentales”**

|  |  |
| --- | --- |
| **Nombre de estudiante supervisado** |  |
| **Fecha** |  |
| **Unidad** |  |
| **Profesional a cargo**  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Actividades** | **Si** | **No** |
| Recaba información relevante antes del procedimiento (alergias, antecedentes mórbidos y uso de medicamentos, especialmente anticoagulantes) |  |  |
| Realiza procedimientos con técnica aséptica |  |  |
| Administra anestésico local de manera adecuada |  |  |
| Entrega indicaciones al paciente |  |  |
| **Estudiante con supervisión directa o indirecta según corresponde** |  |  |
|  |  |  |

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre y firma de encargado de unidad Dental

**8.- Tabla de modificaciones**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Edición número** | **Motivo del cambio** | **Fecha de aprobación** |
| Primera | Elaboración de Documento | 29/12/2022 |
| Segunda |  | Día de mes de año |
| Tercera |  | Día de mes de año |