**INTRODUCCIÓN**

El **Reconocimiento de las Residencias en Nefrología** por parte de la SAN, tiene por objeto legitimar a las diferentes Residencias siguiendo las bases del Marco de Referencia para las Residencias en Nefrología elaborado por esta Sociedad; con los siguientes propósitos:

* Hacer comparables los procesos de formación en nefrología de todo el país.
* Distinguir a las Residencias Reconocidas (RR) con un Certificado formal de la SAN.
* Otorgar automáticamente la Certificación de Especialista a los egresados de RR.
* Publicar en la página web de la SAN la nómina de las RR para información de los interesados.
* Otorgar a los Docentes de RR los créditos correspondientes para Recertificar su especialidad por SAN.
* Otorgar a los centros donde funciona la residencia el Reconocimiento como Centro Formador
1. **DATOS DEL CENTRO FORMADOR**
	1. Nombre de la Institución o establecimiento asistencial:
	2. Nombre de la División/Servicio/Unidad de Nefrología:
	3. Domicilio, Localidad y Provincia:

Teléfono: Email:

* 1. Dependencia de la Institución: Elija un elemento.
1. **DATOS DE LA RESIDENCIA**

2.1. Año de creación de la Residencia:

2.2. Tipo de residencia: Elija un elemento.

2.3. Perfil para el ingreso: Elija un elemento.

2.4. Duración del programa (años)

2.5. Carga horaria total (horas)

2.6. Está ensamblada a una Carrera de Especialización: Elija un elemento.

Universidad responsable de la Carrera:

2.7. Número de residentes que ingresa por año:

2.8. Métodos aplicados para la selección de los residentes: (marcar los que correspondan)

Examen Único Nacional [ ]  Examen de la institución [ ]  Promedio académico [ ]

Entrevista personal [ ]  Otros [ ]

1. **CONTENIDOS Y COMPETENCIAS DEL PROGRAMA**

En este punto se mencionan algunas características del perfil profesional de la especialidad que los residentes deberían desarrollar a lo largo de su formación, de acuerdo al Marco de Referencia propuesto por la SAN (se recomienda su lectura previa LINK)

* 1. **Formación en áreas específicas de la nefrología**

Indicar el porcentaje aproximado de la carga horaria destinado a la formación de los residentes en las diferentes áreas de la especialidad.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nefrología Clínica | Nefrointensivismo y Medio Interno | Tratamientos dialíticos (HD/DP) | Trasplante Renal | Otras áreas | Total carga horaria |
|   |   |   |   |   | 100% |

* 1. **Procedimientos de la especialidad**

Indicar que tipo de formación reciben los residentes en cuanto a la realización de los siguientes procedimientos de la especialidad.

|  |  |
| --- | --- |
| Procedimientos de la especialidad | Realización por los residentes  |
| Estudio de la orina y sedimento urinario | Elija un elemento. |
| Punción Biopsia Renal percutánea | Elija un elemento. |
| Punción de accesos vasculares | Elija un elemento. |
| Colocación de catéteres vasculares | Elija un elemento. |
| Ecografía (básica) renal y vías urinarias | Elija un elemento. |
| Doppler vascular, velocidad de onda de pulso | Elija un elemento. |

* 1. **Bloques formativos transversales**

Indique si el programa incluye los bloques transversales enunciados en el marco de referencia de la SAN

|  |  |
| --- | --- |
| Bloques transversales | Grado de inclusión |
| Bloque 1 | El profesional como sujeto activo en el Sistema de Salud  | Elija un elemento. |
| Bloque 2 | Los sujetos de derecho en el Sistema de Salud | Elija un elemento. |
| Bloque 3 | El profesional como participante activo en la educación permanente y la producción de conocimientos | Elija un elemento. |

1. **ACTIVIDADES Y ESPACIOS DE FORMACIÓN**
	1. **Tiempo que abarcan las actividades**

Si los tiempos varían en cada año de residencia especificarlo por nivel

Carga horaria semanal de actividades:

Horas que cubren en cada guardia activa:

Cantidad de guardias activas semanales:

Cantidad de guardias pasivas semanales:

* 1. **Ámbitos de práctica**

Indicar si los espacios de práctica son propios (funcionan dentro del establecimiento) o si se realizan a través de pasantías o rotaciones por otros centros o servicios externos.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Espacios de práctica** | **Propio** | **Externo** | **Nombre del centro formador externo** |
| Consultorios de Clínica Nefrológica | [ ]  | [ ]  |  |
| Internación clínica/nefrológica | [ ]  | [ ]  |  |
| Servicio de Hemodiálisis | [ ]  | [ ]  |  |
| Servicio de Diálisis Peritoneal | [ ]  | [ ]  |  |
| Servicio de Trasplante Renal  | [ ]  | [ ]  |  |
| Cuidado intensivo/nefrointensivismo | [ ]  | [ ]  |  |
| Servicio de Nefropatología | [ ]  | [ ]  |  |
| Dx. por Imágenes e intervencionismo  | [ ]  | [ ]  |  |

Agregar filas con otros espacios si hace falta

Participan los Residentes en **acciones comunitarias de educación y promoción de la salud renal, y prevención primaria de la ERC**?. Elija un elemento.

* 1. **Actividades de integración teórico-prácticas**

Indique que actividades se realizan en el marco de la residencia y con qué frecuencia ocurren.

|  |  |
| --- | --- |
| **Tipos de actividades** | **Frecuencia** |
| Charlas de docentes, residentes o invitados | Elija un elemento. |
| Búsqueda, lectura y discusión de artículos | Elija un elemento. |
| Ateneos anatomo-clinicos o discusión de casos | Elija un elemento. |
| Revisiones de historias clínicas y registros | Elija un elemento. |
| Revisión y discusión de guías y protocolos | Elija un elemento. |
| Talleres metodológicos y tecnológicos  | Elija un elemento. |
| Participación en trabajos de investigación | Elija un elemento. |
| Actividades formativas en modalidad virtual | Elija un elemento. |
| Prácticas con simuladores o pacientes estandarizados | Elija un elemento. |

Agregar filas con otras actividades si hace falta

* 1. **Evaluación de los Residentes**

Indique que actividades de evaluación se realizan en la residencia y sus características principales.

|  |  |
| --- | --- |
| **Instancias de evaluación** | **Característica principal** |
| Observación directa del desempeño de los residentes | Elija un elemento. |
| Evaluaciones periódicas de los aprendizajes | Elija un elemento. |
| Evaluación anual integradora teórico práctica.  | Elija un elemento. |
| Evaluación específica en cada rotación  | Elija un elemento. |
| Evaluación final de la residencia. | Elija un elemento. |
| Feedback o devolución post-evaluación | Elija un elemento. |
| Registro personal de los procedimientos realizados.  | Elija un elemento. |

Agregar filas con otras actividades si hace falta

1. **CUERPO DOCENTE DE LA RESIDENCIA**
	1. **Cuerpo académico estable**

Informar a los nefrólogos que cumplen funciones docentes estables en la residencia (director, instructores, tutores, supervisores, jefes de residente), e indicar quienes tienen certificada su especialidad por la SAN.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Apellido y nombres** | **DNI** | **CERTIF SAN** | **Función docente** | **Formación en docencia** |
|  |  | [ ]  | Elija un elemento. | Elija un elemento. |
|  |  | [ ]  | Elija un elemento. | Elija un elemento. |
|  |  | [ ]  | Elija un elemento. | Elija un elemento. |
|  |  | [ ]  | Elija un elemento. | Elija un elemento. |
|  |  | [ ]  | Elija un elemento. | Elija un elemento. |
|  |  | [ ]  | Elija un elemento. | Elija un elemento. |
|  |  | [ ]  | Elija un elemento. | Elija un elemento. |

Agregar filas con otros docentes si hace falta

* 1. **Cuerpo docente y de apoyo**

Informar a los docentes responsables de las diferentes áreas que integran el programa y a otros profesionales que cumplen funciones de apoyo docente en el centro formador

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Apellido y nombres** | **DNI** | **Especialidad** | **Formación en docencia** |
|  |  | Elija un elemento. | Elija un elemento. |
|  |  | Elija un elemento. | Elija un elemento. |
|  |  | Elija un elemento. | Elija un elemento. |
|  |  | Elija un elemento. | Elija un elemento. |
|  |  | Elija un elemento. | Elija un elemento. |
|  |  | Elija un elemento. | Elija un elemento. |
|  |  | Elija un elemento. | Elija un elemento. |
|  |  | Elija un elemento. | Elija un elemento. |
|  |  | Elija un elemento. | Elija un elemento. |
|  |  | Elija un elemento. | Elija un elemento. |

Agregar filas con otros docentes si hace falta

**LOS DATOS CONSIGNADOS EN ESTE FORMULARIO TIENEN CARACTER DE DECLARACIÓN JURADA**

**DEBE ADJUNTARSE A ESTE FORMULARIO EL PROGRAMA COMPLETO DE LA RESIDENCIA**