

ESCUELA DE GRADUADOS - FACULTAD DE MEDICINA
ÁREA DE DESARROLLO PROFESIONAL CONTINUO

Formulario de
Acreditación de Actividades de EMC presenciales

Institución organizadora de la actividad:

Título de la actividad:

Fecha de inicio:

| | Datos y Responsables de la Actividad | Pág. |
|----|--------------------------------------|------|
| | Consideraciones generales | |
| 1. | Objetivos educativos | |
| 2. | Selección de contenidos temáticos | |
| 3. | Metodología educativa | |
| 4. | Organización y logística | |
| 5. | Evaluación | |
| 6. | Patrocinadores | |
| 7. | Lista de verificación | |

Se recomienda consultar el Instructivo correspondiente para llenar este formulario y completar la lista de verificación previo al envío de la solicitud al Área de DPC.

Datos y Responsables de la Actividad

- a) Lugar donde se desarrollará:
- b) Fecha de inicio:
- c) Fecha de finalización:
- d) Responsable del Comité de Educación Médica Continua Institucional:
 - nombre:
 - teléfono:
 - e-mail:
- e) Coordinador(es) responsable(s) de la actividad:
 - nombre:
 - teléfono:
 - e-mail:
- f) Responsable administrativo:
 - nombre:
 - teléfono:
 - e-mail:
- g) Indicar si la actividad es organizada por más de una Institución, : SI / NO
 - nombre de la Institución:
 - dirección:
 - teléfono:
 - e-mail:
 - Nombre de la persona a contactar:

Consideraciones generales

- a) Breve Fundamentación del Curso:
- b) Especifique qué aspectos éticos involucra la temática de esta actividad, en sus fundamentos y en la resolución de los casos presentados en los talleres.
- c) Población Objetivo:
- d) Indique la cantidad mínima y máxima de participantes
 - c1. Cantidad mínima:
 - c 2. Cantidad máxima

1- Objetivos Educativos:

Detalle los objetivos educativos en términos de:

- a) objetivos generales (consultar instructivo)
- b) objetivos específicos (consultar instructivo):
- c) Indique si la actividad integra el programa educativo presentado por su Comité de EMC ante la Escuela de Graduados, con motivo de su acreditación o re-acreditación institucional. Coloque una x junto a la opción que corresponda:
 - si:
 - no:

2 - Selección de Contenidos Temáticos

a) Indique qué elementos fueron tomados en cuenta para la selección de los contenidos temáticos. Coloque una x junto a la o las opciones que corresponda:

a1. Opinión o recomendación de expertos (integrantes del Comité de EMC , de sus asesores temáticos u otros):

a2. Necesidades percibidas por la Institución o por los profesionales objetivo de la actividad (por ejemplo a través de auditorías, estudios epidemiológicos o encuestas):

a3. Prioridades definidas por la Autoridad Sanitaria Nacional:

a4. Necesidades percibidas por los usuarios (pacientes, familiares):

b) En caso de marcar los ítems a2, a3, a4, consultar instructivo.

3 - Metodología Educativa

a) Materiales de apoyo (ver instructivo):

b) Adjunte en hoja aparte el Programa de la actividad:

c) En caso de realizar un complemento posterior a la actividad para refuerzo de lo aprendido, describa brevemente como y en que momento se realizará (por ejemplo: envío de material impreso, organización de una nueva actividad):

4 - Organización y Logística

a) Docentes participantes:

- Nombre y función a cumplir en la presente actividad:
- Antecedentes profesionales o docentes de cada uno de ellos(CV resumido relacionado a los antecedentes docentes o profesionales . Debe ser breve

b) Describa brevemente los recursos materiales que utilizará para la actividad incluyendo espacios físicos adecuados para talleres, apoyo audiovisual y otros.

c) Describa brevemente otros elementos de la organización que considere pertinentes:

5 - Evaluación

a) Describa brevemente cómo se realizará el control de asistencia de los participantes:

b) Describa brevemente cómo será evaluada durante el curso la adquisición de conocimientos por los participantes:

c) En caso de existir una evaluación diferida, describa brevemente cómo se realizará:

- c1) en los conocimientos, habilidades y actitudes.
- c2) en el desempeño profesional.
- c3) de impacto en la población asistida.

d) Adjuntar copia de encuesta de opinión en caso de realización (no obligatorio) y si se realiza encuesta sobre temas para próximas actividades.

e) Al finalizar la Actividad y en el lapso del siguiente mes el Comité de EMC de la Institución completará el informe obligatorio de acuerdo al formulario correspondiente.

6 - Patrocinadores

a) La actividad cuenta con patrocinadores:

si:

no:

b) Los participantes serán informados de los patrocinadores al momento de la inscripción:

si:

no:

c) La actividad se realizará separadamente de la promoción comercial de patrocinadores o sus productos (fuera del salón):

si:

no:

| |
|---|
| Firma del Responsable del Comité de EMC de la Institución solicitante: |
|---|

| |
|---------|
| Nombre: |
|---------|

| |
|--------|
| Fecha: |
|--------|

Para las actividades organizadas por las Cátedras/servicios/departamentos de la Facultad de Medicina de la UdelaR , es condición obligatoria la firma del Profesor o responsable directo de la Cátedra , servicio o departamento.

7. Acreditación de actividades. Lista de verificación asociada con el llenado de formulario de acreditación de actividades.

| Verifique haber cumplido los siguientes condiciones o puntos | | | |
|--|---|----|----|
| 1 | Título de la actividad | Si | No |
| 2 | Entidad organizadora | | |
| 3 | Entidades asociadas | | |
| 4 | Lugar | | |
| 5 | Fecha | | |
| 6 | Población objetivo | | |
| | Fundamentos | | |
| 7 | Aspectos éticos | | |
| 8 | Objetivos generales | | |
| 9 | Objetivos específicos | | |
| 10 | Selección de contenidos temáticos | | |
| 11 | Datos de encuestas realizadas si corresponde | | |
| 12 | Documentos normativos si corresponde | | |
| 13 | Coherencia entre los contenidos del curso y sus objetivos | | |
| 14 | Materiales de apoyo: bibliografía básica y lecturas recomendadas | | |
| 15 | Número suficiente de ambientes para talleres con 15 integrantes como máximo | | |
| 16 | Número suficiente de moderadores para el número de talleres | | |
| 17 | Papel que desempeñan docentes y moderadores | | |
| 18 | El programa incluye instancias interactivas durante al menos un 30 % de la duración de la actividad | | |
| 19 | Indicación de que se realizará o no actividad posterior y sus características | | |
| 20 | Firma del Responsable del Comité de Educación Medica/ o Cátedra | | |