

## Cédula de Supervisión para Unidad de Salud Primer Nivel de Atención

**DATOS GENERALES.**

Entidad	Jurisdicción	Fecha: Día _____ Mes _____ Año _____	
		Participa en HEARTS Si ( ) No ( )	
Nombre del Centro de Salud	CLUES	Nombre del Director del Centro de Salud:	
Turnos de atención de ECM	Total de consultorios	Número de Consultorios ECM	¿Cuenta con personal específico para la atención ECM?  ¿Si _____ No _____ Cuantos? _____
Población total: Se refiere al número de personas del área de influencia geográfica.		Población total no derechohabiente: Se refiere al número de personas de responsabilidad de la Secretaría de Salud ( sin derechohabencia).	
Población total 0 a 19 años		Población no derechohabiente de 0 a 19 años	
Población total >20 años		Población no derechohabiente de >20 años	

\* Revisar con Director de la Unidad

**RECURSOS HUMANOS**

Personal Profesional			¿Realizó y obtuvo constancia?				
Nombre	Profesión	Estrategias de Promoción y Prevención de la Salud con Enfoque en Atención Primaria de Salud	Implementación del paquete técnico HEARTS en la Atención Primaria de Salud (PSAA-DGPS)	Medición precisa de la presión arterial con dispositivos automáticos	Actualización sobre manejo de la hipertensión arterial y del riesgo cardiovascular en la Atención Primaria de Salud	Impulsores de control de la hipertensión en los Centros de Atención Primaria a la Salud	Intervención Breve: Hábitos y Estilos de vida Saludable

Revisar con director de la Unidad

**FARMACIA.**

Registro de medicamentos para atención de ECM	
Periodicidad del abasto	SEMANAL ( ) QUINCENAL ( ) MENSUAL ( ) Otro...
Qué porcentaje fue cubierto para la atención de ECM	
¿Cómo es el registro de entradas y salidas de medicamentos? (revisar-evidencia)	
¿Realiza requisiciones extraordinarias de medicamentos?	SI ( ) NO ( ) Motivo:
¿El servicio es subrogado?	SI ( ) NO ( )
Cuál es el % de surtimiento de recetas al 100 por ciento para ECM?	
Presentar evidencia	
Observaciones.	

\*Revisar con Responsable Farmacia y Recabar listados de existencias de medicamentos.

#### LABORATORIO.

\* Revisar con Director de la Unidad

¿Cuenta con servicio de laboratorio?	SI ( )	No ( )
Servicio subrogado		
Propio de la unidad		
Laboratorio Estatal		
<b>Capacidad de pruebas para la unidad:</b>		
A libre demanda		
Programada		
Limitada		
Por solicitud		

#### TIRA REACTIVAS

¿Qué tipo de Prueba dispone?			Cantidad Disponible	Pruebas rápidas		Cantidad Disponible
	SI	NO		SI	NO	
Glucemia capilar						
Glucemia sérica						
Hemoglobina Glucosilada						
Colesterol total						
Triglicéridos						
HDL						
LDL						
Creatinina sérica						

Examen general de orina						
Microalbumina en orina						

## CONECTIVIDAD

Describe el proceso de captura del tarjetero de ECM en el SIC.


SIC						
Plataformas	Conoce y captura	SIC ACTIVOS	Diabetes	Hipertensión Arterial	Dislipidemias	Obesidad
		N° de pacientes en Tratamiento:				
		N° de pacientes con consulta en los últimos 60 días				
		Porcentaje de control				
		Estrategias educativas de promoción de salud				
		Escuelas certificadas				
		Determinantes ambientales positivos para la población				

## EQUIPO

¿Cuenta con los siguientes insumos para la atención de paciente ECM en consultorio médico tratante?

\* Revisar con Médico tratante de cada uno de los consultorios

*Constatar existencia	Existencias	
	# Funcionando	# Fuera de servicio
Baumanómetro (tipo)		
Estetoscopios		
Estuches de diagnóstico		
Básculas		
Estadímetro		
Glucómetros		
Lancetas		
Cinta métrica		
Monofilamento		
Diapasón		
Martillo		
Dípticos informativos		

## DETECCIONES.

**Describe el proceso:**


- Solicite cuestionarios de Factores de Riesgo del mes anterior
- Revisar tres cuestionarios de Factores de Riesgo con resultado negativos y tres con resultado positivos.
- Cruzar información con expediente y tarjetero de cada paciente.

**\* Revisar con Enfermería.**

Detecciones con Riesgo para ECNT			Confirmación diagnóstica
* Dislipidemias y Sx Metabólico sólo cuenta para validar con SIS, sumar detecciones del área sombreada	N° de detecciones		N° de casos nuevos detectados que inician tratamiento en la Unidad Médica:  _____
	Positivas	Negativas	
DM			
HTA			
Sobrepeso			
Obesidad			
Dislipidemias*			
Síndrome Metabólico*			
Total de detecciones de DM:			
Total de detecciones con RCV:			

**DIAGNÓSTICO SITUACIONAL GRUPOS DE AYUDA MUTUA EC**

\* Llevar reporte actualizado GAM de la entidad a supervisar

Carpeta GAM			N° de Grupos GAM	
	Si: 2, Parcial: 1, No: 0	N° Total		
¿Tiene una meta asignada ?				
Acta constitutiva				
Formato de perfil GAM				N° de Grupos
Programa de Trabajo			Nuevos	
Directorio de Integrantes			Activos	
Lista de asistencia con firmas autógrafa			Acreditados	
Formato de metas y avances mensuales (FORMA)			Re-acreditados	
			Excelencia	

\* Revisar  
con  
Responsable  
GAM

NOMBRE Y FIRMA

\_\_\_\_\_  
Titular de la Unidad de Salud

\_\_\_\_\_  
Responsable Jurisdiccional

\_\_\_\_\_  
Responsable Estatal

\_\_\_\_\_  
Supervisor

SELLO DE LA UNIDAD DE SALUD

**Anexo.**

Fecha:

Área:

Profesional de Salud:

Realizar preguntas:

1.- Defina los parámetros de control para diabetes mellitus

R: Glucosa en ayuno \_\_\_\_\_ Hemoglobina Glucosilada \_\_\_\_\_

2.-Defina el parámetro de control en:

R: Hipertensión \_\_\_\_\_ Hipertensión más diabetes \_\_\_\_\_

3.-Defina el parámetro de control para:

R: Dislipidemia por colesterol total \_\_\_\_\_ Dislipidemia por triglicéridos \_\_\_\_\_

4.- Defina que es la alimentación correcta \_\_\_\_\_

5.- ¿Como se calcula IMC?

6.- ¿Cuáles son los rangos de interpretación?

\_\_\_\_\_

7.- ¿Conoce la existencia de los medicamentos disponibles en farmacia para ECM?

\_\_\_\_\_

8. Mencione el nombre de los 3 medicamentos que más prescribe para ECM

\_\_\_\_\_