

NOMBRE DEL COORDINADOR DE LA FLS:

CENTRO DE TRABAJO:

DATOS DE CONTACTO:

E-mail:

Teléfono:

REQUISITOS INDISPENSABLES (En caso de respuesta negativa a cualquiera de los tres requisitos, su solicitud no será valorada):

a. Dispone de una **FLS hospitalaria activa**, con un coordinador bien identificado y que sea socio de la SEIOMM (En caso de no ser socio en el momento de la solicitud, si su FLS fuese elegida, será requisito indispensable hacerse socio de la SEIOMM): SI/NO

b. **Coordinación** previa (o compromiso serio) por parte de la **FLS hospitalaria** con los centros de **Atención Primaria** adscritos al hospital y viceversa: SI/NO

c. **Compromiso de la Gerencia/Dirección del Hospital a la incorporación del Gestor/a de casos de la FLS hospitalaria**: SI/NO

BAREMO EVALUADOR

El baremo a utilizar será el siguiente:

1	¿Su FLS forma parte del “MAP OF BEST PRACTICE. CAPTURE THE FRACTURES DE LA IOF”?
2	En caso de que la pregunta anterior sea afirmativa, cuál es su clasificación general y puntuación obtenida:

	BRONCE: PLATA: ORO: PUNTUACIÓN:	
3	No años de desempeño del coordinador en la FLS	.
4	<p>Marque aquellos profesionales que formen parte su FLS Multidisciplinar:</p> <p>Traumatólogos, Reumatólogos y/o Internistas, y/o Geriatra, Urgenciólogos, MAP, Rehabilitadores, Fisioterapeutas, Terapeutas Ocupacionales, Enfermería, Odontólogo, u otros (especifique:)</p>	.
5	¿Su FLS dispone de dispositivo de Orto geriatria?	.
6	<p>¿Su FLS dispone de acceso rápido a tecnología para estudio densitométrico (DMO/TBS/DXA 3D)??</p> <p>Marque aquellas a la que tenga disponibilidad rápida (inferior a 1 mes)</p>	.
7	¿Su FLS dispone de Hospital de Día para administración de tratamientos intravenosos?	.
8	¿Su FLS dispone de Consulta Externa específica de atención a los pacientes con Fractura Osteoporótica?	.
9	¿Su FLS dispone de Consulta On-Line con los Centros de Atención Primaria de referencia?	.
10	¿Qué área de población atiende su FLS (número de habitantes)?	.
11	¿Cuántos centros de Atención Primaria tiene adscritos su hospital?	.
12	¿Su FLS dispone de continuidad asistencial con Atención Primaria?	.
13	¿Su FLS dispone de Unidad de Prevención de Fracturas y Caídas?	.

RESUMA LA ESTRUCTURA (DISPOSITIVOS Y PROFESIONALES QUE FORMAN PARTE DE LOS MISMOS) Y FUNCIÓN (PACIENTES ATENDIDOS / AÑO) DE SU FLS (extensión máxima 1 página)

EXPERIENCIA DEL COORDINADOR SOBRE EL TEMA (extensión máxima 1 página)