

FORMULARIO GUIA DE INSPECCION DE ADAPTACION NEONATAL

A- Código

--	--	--	--	--	--

Para uso exclusivo de la DHA

Coordenadas

X:		Y:	
----	--	----	--

B- Nombre del Establecimiento (Escriba el nombre del Centro o Unidad)

--

C- Dirección (Calle y Número)

--

D- Barrio o Sector

--

E- Provincia

--

F- Municipio

--

G- Registro de la Oficina Nacional de la Propiedad Industrial (ONAPI)

--

H- Registro Nacional de Contribuyente (R.N.C.)

--

I- Teléfonos (colocar dos numeros)

--

J- Correo Electrónico (Obligatorio para informarle respecto a su Expediente)

--

K- Tipo de Centro con Internamiento

K.1- Hospital () **K.2-** Clínica () **K.3-** Centro Médico () **K.4-** Otros* ()

L- Dirección de Salud

L.1- Regional _____ **L.2-** Provincia _____ **L.3-** Área _____

Para uso de la DHA

M- Sector del Sistema Nacional de Salud

M.1- Público () **M.2-** Privado ()

N- Sector al que pertenece si es Público

N.1- SNS () **N.2-**MDRD () **N.3-** PN () **N.4-** Otros () _____

O- Sector al que pertenece si es Privado

O.1- Privado Lucrativo () **O.2-** ONG () **O.3-** Otros () _____

P- Horario de Servicio

P.1- 4hrs. () **P.2-** 8 hrs. () **P.3-** 12 hrs. () **P.4-** 24 hrs. ()

Q- Fecha de Instalación

--	--	--	--	--	--	--	--

Escriba la Fecha de Apertura

R- PROPIETARIO DEL ESTABLECIMIENTO

R.1	Nombre(s)	
R.2	Apellido(s)	
R.3	Cédula de Ident. y Electoral	
R.4	Dirección (Calle y Número)	
R.5	Barrio o Sector	
R.6	Municipio	
R.7	Provincia	
R.8	Teléfono(s)	
R.9	Celular	
R.10	Correo Electrónico	

S- DIRECTOR MÉDICO DEL ESTABLECIMIENTO

S.1	Nombre(s)	
S.2	Apellido(s)	
S.3	Cédula de Identidad y Electoral	
S.4	Dirección (Calle y Número)	
S.5	Barrio o Sector	
S.6	Municipio	
S.7	Provincia	
S.8	Teléfono(s)	
S.9	Fax(es)	
S.10	Correo Electrónico	
S.11	Título Profesional	
S.12	Especialidad	
S.13	No. de Exequátur	
S.14	Fecha de Expedición	
S.15	Horario de Servicio	4 () 6 () 8 () 12 () 24 ()

T- PERSONAL TÉCNICO Y ADMINISTRATIVO

T.1	Número de Médicos Perinatologos		Observaciones
T.2	Número de Licenciadas en Enfermería con formacion del cuidado de recien nacidos		
T.3	Número de Profesionales con Postgrado		
T.4	Número de Auxiliares de Enfermería		
	Número personal Administrativo y de apoyo		
T.6	Horario de Servicio en horas	4 () 6 () 8 ()	

1. INFRAESTRUCTURA

		SI	NO	Observaciones
1.1	UCI Neonatal con capacidad minima de 2 cunas exclusivas (solo en establecimientos de alta complejidad)			
1.2	Si el establecimiento posee mas de 20 camas la capacidad de la UCI sera como minimo 10 por ciento de la camas de hospitalizacion			
1.3	Minimo 3 cunas por habitacion			
1.4	Minimo 18 mts2			
1.5	Cortinas tipo Oxford o mamparas plegables			
1.6	Baño			
1.7	a) Bañera con Piso antideslizante			
1.8	b) Ducha de palanca			
1.9	c) Barras de apoyo			
1.10	d) Lavamanos			
1.11	e) Inodoro			
1.12	f) Dimensiones minimas 5.2 mts2			
1.13	Area de colocacion temporal de cadaveres			
1.14	a) Privada			
1.15	b) Alejado del flujo de usuarios			
1.16	c) Alejada de servicios activos			

2. EQUIPOS

		SI	NO	Observaciones
2.1	Cuna Acrilica			
2.2	a) Rodable			
2.3	b) Una por cada paciente			
2.4	c) Medidas minimas 45 x 80 cms2			
2.5	Panel de Cabecera			
2.6	a) Salida de Oxigeno			
2.7	b) Sistema al Vacio			
2.8	c) Salida de aire medicinal			
2.9	d) Tomacorrientes dobles estabilizados			
2.10	e) Sistema de llamado a enfermeras			
2.11	f) Uno por cada cama			
2.12	Teléfono			
2.13	Mesa multiusos de acero inoxidable			
2.14	Mesa metalica para exámenes y cambio de pañales			
2.15	Zafacon con tapa accionada a pedal			
2.16	a) Con fundas para desechos			
2.17	Sillón confortable o sofá-cama			
2.18	Silla metálica giratoria rodable, asiento alto			
2.19	Meseta con cajones y puertas con tablero de acero inoxidable			

3. DOCUMENTACION

		SI	NO	Observaciones
3.1	Hojas de reporte de enfermeria			
3.2	Hoja de reporte de evolucion diaria del paciente			
3.3	Protocolo de tratamientos y/o guias de uso de medicamentos actualizados			
3.4	Manual de organización y funcionamiento del area que contenga:			
3.5	a) El organigrama del Servicio			
3.6	b) Cartera de servicios.			
3.7	▣) Disposición física de la unidad y sus recursos estructurales y de equipamiento.			
3.8	▣) Manual de normas			
3.9	Plan de acogida que contenga:			
3.10	a) Criterios de Ingreso			
3.11	b) Protocolo de transporte seguro del paciente hacia UCI			
3.12	Codigo etico del personal			
3.13	Buzon de quejas y sugerencias			

Con mi Nombre y Firma, Declaro que toda la Información que se ha Suministrado es Verídica

_____ Nombre del Director Médico	_____ Firma del Director Médico
_____ Nombre del Inspector/a y/o Supervisor	_____ Firma del Inspector/a y/o Supervisor
_____	_____
_____	_____
Fecha: _____	Hora de Inspección: _____
Para uso exclusivo de la DHA	