

FORMULARIO GUÍA DE INSPECCIÓN DE SERVICIO DE AISLAMIENTO CON PRESION NEGATIVA

A- Codigo

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

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- 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- MIDE ()	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- RESPONSABLE DEL SERVICIO DE AISLAMIENTO

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

PERSONAL TÉCNICO Y ADMINISTRATIVO		Cantidades	Observaciones
T.1	Número de Médicos con Especialidad en Medicina Crítica o Cuidados Intensivos		
T.2	Numero de medicos infectologos		
T.3	Numero de medicos epidemiologos		
T.4	Número de Licenciadas en Enfermería con formacion en soporte vital avanzado y manejo de pacientes criticos		
T.5	Número de Profesionales con Postgrado		
T.6	Número de Auxiliares de Enfermería		
T.7	Número personal Administrativo y de apoyo		
T.8	Horario de Servicio en horas	4 () 6 () 8 ()	

1. INFRAESTRUCTURA

1.1 Planta Fisica

		SI	NO	N/A	Observaciones
1.1	Espacio físico para el triaje de los pacientes con síntomas sugestivos de infección.				
1.2	Àrea con Cubículos para aislamiento				
1.3	Estacion de enfermeria ubicada en lugar visible				
1.4	Lavamanos clinico o quirurgico ancho y profundo que evita salpicadura, accionado a pedal, codo, rodillas				
1.5	Àrea de Vestidor para personal de salud				
1.6	Àrea para deposito de ropa sucia				
1.7	Tomacorrientes disponibles por cada cama debidamente identificado				
1.8	Redes de gases medicinales empotradas o tanques de oxígenos con medidores de flujos funcionando				
1.9	Àrea de almacenamiento de materiales e insumos de usos constantes y equipos biomedicos.				
1.10	Unidad de Climatizacion con filtro de alta eficiencia (Recomendado tipo HEPA) Especificar: _____				

1.2 Ambiente

		SI	NO	N/A	Observaciones
1.11	Presion atmosferica negativa en el ambiente confirmada con un medidor de presión (debe estar presente en la habitación)				
1.12	Se encuentra físicamente separada de los demás servicios del establecimiento				
1.13	Climatizacion 24-26 °C				
1.14	Los ambientes protegen la intimidad y privacidad y visual del usuario				
1.15	Cuenta con acceso restringido para el Personal hospitalario.				
1.16	Poseen una esclusa (antesala) para el acceso que actúa como frontera entre la sala y el acceso general.				

1.3 Techos

		SI	NO	N/A	Observaciones
1.17	Lisos				
1.18	Sin Filtraciones				
1.19	Fabricados en Materiales no porosos				
1.20	Resistentes a los productos de desinfeccion hospitalaria				

1.4 Paredes

		SI	NO	N/A	Observaciones
1.21	Lisas				
1.22	Sin grietas				
1.23	Fabricados en Materiales no porosos				
1.24	Recubiertas con pintura aseptica				
1.25	Resistentes a los productos de desinfeccion hospitalaria				

1.5 Pisos

		SI	NO	N/A	Observaciones
1.26	Lisos				
1.27	Sin Fisuras				
1.28	Fabricados en Materiales no porosos				
1.29	Resistentes a los productos de desinfeccion hospitalaria				

1.6 Ventanas

		SI	NO	N/A	Observaciones
1.30	Ventanas Cerradas de manera hermetica				

1.7 Cortinas

		SI	NO	N/A	Observaciones
1.31	Cortinas tipo Oxford o mamparas plegables				

1.8 Baño

		SI	NO	N/A	Observaciones
1.32	Posee baño				
1.33	Bañera con Piso antideslizante				
1.34	Ducha de palanca				
1.35	Barras de apoyo				
1.36	Inodoro				
1.37	Dimensiones minimas del baño 5.2 mts2				

2. EQUIPOS

2.1 Dispositivo Medico sus Accesorios y Consumibles

		SI	NO	N/A	Observaciones
2.1	Detector de CO2 (Capnografo), desechable, colorimetrico (pediatrico/adulto).				
2.2	Dispositivo de asistencia de maniobra de Heimlich (Dechoker)				
2.3	Divisor de Flujo				
2.4	Humificador				
2.5	Resucitador (Ambu), Adulto/Pediatrico				

2.2 Materiales e Insumos Desechables

		SI	NO	N/A	Observaciones
2.6	Cánula nasal				
2.7	Catéter intercostal (CIC) / tubo torácico				
2.8	Guía para intubación traqueal, tipo Stylet				
2.9	Guía para intubación traqueal, tipo Bougie				
2.10	Kit de infusión intravenosa con macrogotero				
2.11	Máscara laríngea (LMA)				
2.12	Máscara Venturi				
2.13	Mascarilla de oxígeno				
2.14	Cánula orofaríngea, tipo Mayo (Guedel)				
2.15	Puntas de oxígeno nasales (cánulas nasales)				
2.16	Hisopo para toma de muestra nasofaríngea con mango flexible. Aplica en caso de infecciones respiratorias				
2.17	Bolsa plástica desechable con sello de seguridad. Aplica en caso de infecciones respiratorias				
2.18	Medio para transporte de muestras virales para contener hisopo después de la toma de muestra. Aplica en caso de infecciones respiratorias				
2.19	Bolsa para desechos biopeligrosos				
2.20	Recipiente colector de objetos punzocortantes identificado				
2.21	Recipiente de transporte de muestras no identificado				
2.22	Toallas de papel para secado de manos				
2.23	Tubo endotraqueal, con maguito				
2.24	Tubo endotraqueal, sin maguito				

2.3 Equipo de Protección Personal (EPP)

		SI	NO	N/A	Observaciones
2.25	Batas quirúrgica de manga larga desechable				
2.26	Delantal				
2.27	Gorros desechables				
2.28	Cubre Zapato desechable				
2.29	Guantes de examinación, estériles				
2.30	Guantes de examinación, no estériles				
2.31	Guantes para limpieza				
2.32	Mascarilla médica/quirúrgica				
2.33	Protección ocular (anteojos)				
2.34	Protector facial (careta)				
2.35	Respirador (N95 / FFP2)				

2.4 Equipos Biomedicos

	SI	NO	N/A	Observaciones
2.36				
2.37				
2.38				
2.39				
2.40				
2.41				
2.42				
2.43				
2.44				
2.45				
2.46				

2.5 Instrumental

	SI	NO	N/A	Observaciones
2.47				
2.48				
2.49				
2.50				

2.6 Insumos de Limpieza

	SI	NO	N/A	Observaciones
2.51				
2.52				
2.53				
2.54				

2.7 Mobiliario Hospitalario

	SI	NO	N/A	Observaciones
2.55				
2.56				
2.57				
2.58				
2.59				
2.60				

2.8 Señalización del Area

		SI	NO	N/A	Observaciones
2.61	Señalización fabricada en material no poroso (acrílico, vinil u otro)				
2.62	Áreas de triaje debidamente señalizada e identificada.				
2.63	Equipos e insumos a usar al mantener contacto con el paciente.				
2.64	Protocolo visible de desinfección antes y después de estar en el área				
2.65	Ruta de desechos identificadas y direccionadas				
2.66	Ruta de evacuación identificada				
2.67	Áreas de Riesgos (Alto Voltaje y Energía Eléctrica)				

2.9 Mobiliario Clínico de la Habitación

		SI	NO	N/A	Observaciones
2.68	Cama hospitalarias, rodable, con movimiento separada mínimo a 1 metro de distancia una de otra.				
2.69	Mesa multiuso				
2.70	Mesa móvil metálica y rodable				
2.71	Zafacón accionado por pedal con funda roja				
2.72	Sillón cómodos tapizado en vinil				

3. DOCUMENTACION

3.1 Documentacion

		SI	NO	N/A	Observaciones
3.1	Normas para la prevencion y control de infecciones en establecimiento de salud MSP				
3.2	Guía de precauciones estándares y medidas de aislamiento de pacientes para la prevención de infecciones asociadas a la atención en salud del MSP				
3.3	Precauciones de aislamiento en los casos por COVID-19 y otros agentes infecciosos				
3.4	Protocolo para el manejo clínico de infecciones según microorganismo causal (virus, bacterias, hongos, otros)				
3.5	Medida de bioseguridad disponible para manejo y envío de muestras establecidos en lineamientos nacionales e internacionales				
3.6	Protocolos de bioseguridad del área				
3.7	Protocolo de Limpieza y desinfeccion del área				
3.8	Protocolo para desinfeccion y esterilizacion de materiales biomedicos.				
3.9	Protocolo de Manejo de Desechos Peligrosos				
3.10	Protocolo y desinfeccion de los equipos biomedicos y clínicos				
3.11	Registro de capacitacion del personal en bioseguridad y manejo de pacientes infectocontagiosos				
3.12	Formulario de Notifiacion Obligatoria de enfermedad infectocontagioso y Constancia de envío del mismo.				
3.13	Matriz de Fumigación actualizada				
3.14	Matriz de Mantenimientos de Equipos Biomedicos y Clínicos				

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 Inicial de Inspección: _____
	Hora Final de Inspección: _____
Para uso exclusivo de la DHA	

