

## FORMULARIO GUIA DE INSPECCION DE SERVICIO DE BANCO DE ESPERMA U OVOCITOS

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**

<b>K.1-</b> Hospital ( )	<b>K.2-</b> Clínica ( )	<b>K.3-</b> Centro Médico ( )	<b>K.4-</b> Otros* ( )
--------------------------	-------------------------	-------------------------------	------------------------

**L- Dirección de Salud**

<b>L.1-</b> Regional _____	<b>L.2-</b> Provincia _____	<b>L.3-</b> Área _____
----------------------------	-----------------------------	------------------------

Para uso de la DHA

**M- Sector del Sistema Nacional de Salud**

<b>M.1-</b> Público ( )	<b>M.2-</b> Privado ( )
-------------------------	-------------------------

**N- Sector al que pertenece si es Público**

<b>N.1-</b> SNS ( )	<b>N.2-</b> MDRD ( )	<b>N.3-</b> PN ( )	<b>N.4-</b> Otros ( ) _____
---------------------	----------------------	--------------------	-----------------------------

**O- Sector al que pertenece si es Privado**

<b>O.1-</b> Privado Lucrativo ( )	<b>O.2-</b> ONG ( )	<b>O.3-</b> Otros ( ) _____
-----------------------------------	---------------------	-----------------------------

**P- Horario de Servicio**

<b>P.1-</b> 4hrs. ( )	<b>P.2-</b> 8 hrs. ( )	<b>P.3-</b> 12 hrs. ( )	<b>P.4-</b> 24 hrs. ( )
-----------------------	------------------------	-------------------------	-------------------------

**Q- Fecha de Instalación**

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

Escriba la Fecha de Apertura

**R- PROPIETARIO DEL ESTABLECIMIENTO**

<b>R.1</b>	Nombre(s)	
<b>R.2</b>	Apellido(s)	
<b>R.3</b>	Cédula de Ident. y Electoral	
<b>R.4</b>	Dirección (Calle y Número)	
<b>R.5</b>	Barrio o Sector	
<b>R.6</b>	Municipio	
<b>R.7</b>	Provincia	
<b>R.8</b>	Teléfono(s)	
<b>R.9</b>	Celular	
<b>R.10</b>	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		<b>Observaciones</b>
T.2	Número de Licenciadas en Enfermería		
T.3	Número de Profesionales con Postgrado		
T.4	Número de Auxiliares de Enfermería		
T.5	Número personal Administrativo y de apoyo		
T.6	Horario de Servicio en horas	4 ( ) 6 ( ) 8 ( )	

## 1. Infraestructura

		SI	NO	Observaciones
1.1	Buena ventilacion			
1.2	Iluminacion 500-600 lixes			
1.3	Mobiliario para almacenamiento documental en material no poroso			
1.4	Set informático:			
1.5	Computadora fija o portátil			
1.6	Impresora propia o común			
1.7	Set de oficina: escritorio preferiblemente metálico, con cajones o gavetas, silla rodable y sillas apilables, papeleria con bolsa plástica			

## 2. Ambientes

		SI	NO	Observaciones
2.1	Sala para extraccion de Ovocitos:			
2.2	a) Vestidor			
2.3	b) Sala de espera			
2.4	c) Área de atención y examen clínico			
2.5	d) Disponibilidad de baño			
2.6	Cama multipropósito con baranda de seguridad			
2.7	Apósitos			
2.8	Gasas			
2.9	Guantes			
2.10	Lubricante			
2.11	Gel			
2.12	Sábanas desechables			
2.13	Batas			
2.14	Mascarilla			
2.15	Gorros			
2.16	Set de medicamentos básicos de acuerdo a la especialidad y a los procedimientos que se realicen			

### 2.1 - Area de procesamiento de muestras

		SI	NO	Observaciones
2.17	Area de procesamiento de muestras con las siguientes especificaciones:			
2.18	a) Mesas recubiertas por acero inoxidable o cualquier otro material resistente a la acción corrosiva de sustancias químicas			
2.19	b) Fregaderos de acero inoxidable			

## 2.2 - Area de almacenamiento y conservacion de muestras

		SI	NO	Observaciones
2.20	Área de almacenamiento y conservación de las muestras con:			
2.21	a) Control de oxígeno máximo de un 15%			
2.22	b) Temperatura máxima de 35 grados celsius			
2.23	c) Registros para acceso restringido			

## 2.3 - Area para esterilizacion

		SI	NO	Observaciones
2.24	Area para esterilizacion diferenciada de las demas			
2.25	Recipiente para desechos punzo-cortantes			

## 3. Equipos

		SI	NO	Observaciones
3.1	Microscopio óptico			
3.2	Centrífuga			
3.3	Recipientes criogénicos			
3.4	Instrumental para extracción de ovocitos			
3.5	Incubadora de CO2 con sistemas que permitan la monitorización diaria de temperatura, concentración del gas y humedad			
3.6	Microscopio invertido			
3.7	Incubadora Trigas			
3.8	Bandejas climatizadas			
3.9	Baños de maría			
3.11	Insumos de protección personal			
3.12	Potenciómetro y osmómetro			
3.13	Cámara de flujo laminar horizontal			
3.14	Termos de nitrógeno para conservación de gametos y/o embriones			
3.15	Balanza digital			
3.16	Esterilizador o autoclave			
3.17	Desionizador de agua			

#### 4. Gestion y Documentacion

		SI	NO	Observaciones
4.1	Norma nacional de salud			
4.2	Manual de procedimientos administrativos			
4.3	Manual de procedimientos Clinicos (debe incluir los aspectos legales a considerar en cada tecnica)			
4.4	Manual de procedimientos tecnicos			
4.5	Protocolo legal para donacion de Esperma			
4.6	Protocolo legal para donacion de ovulos			
4.7	Protocolo legal para conservacion y custodia de Ovulos			
4.8	Protocolo legal para conservacion y custodia de espermatozoides			
4.9	Protocolo legal para conservacion y custodia de embriones			
4.10	Registro de la trazabilidad de Especimenes			
4.11	Registro de Donantes (digital y fisico)			
4.12	Registro de destino de especimenes (digital y fisico) debe incluir:			
4.13	a) Datos del receptor			
4.14	b) Resultados			
4.15	Normas de procedimientos de bioseguridad			
4.16	Normas para la Prevención y Control de Infecciones en Establecimientos de Salud del Ministerio de Salud Pública			
4.17	Formulario de Notificacion obligatoria de enfermedades Infectocontagiosas			
4.18	Formulario de Consentimiento Informado especifico para cada tipo de procedimiento			
4.19	Protocolo de Higiene y limpieza			
4.20	Formulario de Control de calidad de los equipos			
4.21	Matriz de fumigacion ( fecha, fumigador, producto utilizado, antidoto del mismo y áreas fumigadas)			
4.22	Matriz de mantenimiento preventivo y correctivo de			
4.23	Plan de mejoramiento de la calidad en el servicio			

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

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