

FORMULARIO GUIA DE INSPECCION DEL BLOQUE QUIRURGICO

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		Observaciones
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. Ambientes

		SI	NO	Observaciones
1.1	Sala de estar para el personal quirúrgico			
1.2	Vestidor exclusivo para el personal quirúrgico			
1.3	Area de esterilización			
1.4	Area de lavado y secado de instrumentos			
1.5	a) Separada del área de lavado del personal quirúrgico			
1.6	Area de almacenamiento de insumos esterilizados			
1.7	a) Con seguridad y climatización continua			
1.8	Area de almacenamiento de medicamentos, insumos y			
1.9	Area de resguardo para equipos de cirugía			
1.10	Area de lavado del personal quirúrgico			
1.11	a) Iluminada			
1.12	b) Con lavadero quirúrgico de acero inoxidable, automático o mecánico con mecanismo de palanca			
1.13	c) Disponibilidad continua de jabón quirúrgico sin olor			
1.14	d) Disponibilidad de cepillo para restregado			
1.15	e) Disponibilidad continua de agua de calidad			
1.16	f) Con una dimensión mínima de 6m			
1.17	Area para resguardo de utensilios de limpieza			
1.18	Áreas para preparación pre quirúrgica			
1.19	a) Con sillas de rueda acorde a la capacidad			
1.20	b) Con al menos una cama por quirófano, sala de procedimientos o sala de parto			
1.21	Area para recuperación post quirúrgica			
1.22	a) Con sillas de rueda acorde a la capacidad			
1.23	b) Con al menos dos camas de recuperación por quirófano, sala de procedimientos o sala de parto			
1.24	Quirófano			
1.25	Sala de parto			
1.26	Sala de procedimientos			
1.27	Areas sin ventanas			

2. Documentación

		SI	NO	Observaciones
2.1	Rutas sanitarias para el personal, instrumental y desechos diferenciadas			
2.2	Protocolo de manejo de desechos infeccioso			
2.3	Lista de verificación de cirugía segura del MSP			

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