

## FORMULARIO GUIA DE INSPECCION GENERAL DE CENTRAL DE ESTERILIZACION

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**

<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 Licenciadas en Enfermería o auxiliar con formación en el area		<b>Observaciones</b>
T.2	Número personal Administrativo y de apoyo		
T.3	Horario de Servicio en horas	4 ( ) 6 ( ) 8 ( )	

## 1. Estructura Física e Instalaciones

### 1.1 Dimensiones

		SI	NO	Observaciones
1.1	Central de Esterilizacion 16.70 m2			

### 1.2 Areas o Ambiente

		SI	NO	Observaciones
1.2	Ambiente para trabajo con materiales contaminados			
1.3	Ambiente para trabajo con materiales limpios con las siguientes areas:			
1.4	a)Área de preparacion y empaque			
1.5	b) Área de esterilizadores con ventilador y sistema de aire cerrado para extracción de aire caliente.			
1.6	c) Area de Almacenamiento de Insumos			
1.7	Ambiente de almacenamiento de equipos donde se almacena el material estéril			
1.8	Ambiente de vestir para el personal asistencial que funciona como filtro, con lavamanos			
1.9	Si se utiliza esterilización con óxido de etileno: ambiente independiente y con una instalación que siga las recomendaciones del fabricante del esterilizador			
1.10	Área administrativa			
1.11	Baño para el Usuarios internos con lavamanos.			

### 1.3 Sistema contra Incendios

		SI	NO	Observaciones
1.12	Extintor de CO2			

### 1.4 Climatizacion

		SI	NO	Observaciones
1.13	Aire acondicionado			

### 1.5 Iluminación en luxes

		SI	NO	Observaciones
1.14	300 a 400 luxes			

## 1.6 Instalaciones Electricas

		SI	NO	Observaciones
1.15	Equipo de iluminación de emergencia, funcionando, encendido automático ante cortes de energía eléctrica			

## 2. Equipos Biomedicos - Mobiliario de Oficina y Suministros

### 2.1 Equipamiento Biomedico

		SI	NO	Observaciones
2.1	Esterilizador Central			
2.2	Esterilizador de mesa, con generador eléctrico de vapor			
2.3	Esterilizador cilíndrico eléctrico			
2.4	Si se utiliza esterilización con óxido de etileno, éste cuenta con aireado			
2.5	Selladoras (si el empaque lo requiere)			

### 2.2 Mobiliario

		SI	NO	Observaciones
2.6	Lavadero quirúrgico en acero inoxidable			
2.7	a) Usado unicamente para el lavado de instrumental			
2.8	Estanterías para almacenaje			
2.9	a) Con Superficies lavables			
2.10	b) Con estantes arriba del piso al menos 25 cm. y a 6 cm. de la pared			
2.11	Mesa de transporte de equipos dentro de la central de esterilización			
2.12	Carro de transporte de equipos estériles			
2.13	a) Debidamente identificado			
2.14	b) De superficies internas lisas			
2.15	c) Fabricado en material metalico o no poroso			
2.16	d) Con tapa			
2.17	e) Con ruedas			
2.18	Carro de Transporte de equipos contaminados			
2.19	a) Debidamente identificado			
2.20	b) De superficies internas lisas			
2.21	c) Fabricado en material metalico o no poroso			
2.22	d) Con tapa			
2.23	e) Con ruedas			

### 2.3 Insumos y material gastable

		SI	NO	Observaciones
2.24	Detergentes enzimáticos diseñados específicamente para ser utilizados en el lavado de instrumental quirúrgico y equipos médicos.			
2.25	Empaque grado médico permeable al agente esterilizante a utilizar			
2.26	Agentes esterilizantes almacenados de acuerdo a las instrucciones del fabricante			
2.27	Indicadores de Esterilización químicos			
2.28	Indicadores de Esterilización biológicos			

### 3. Normas y Documentación

#### 3.1 Normas y Documentación

		SI	NO	Observaciones
3.1	Normas de bioseguridad			
3.2	Protocolo de Transporte de material antes del ingreso al servicio de esterilización			
3.3	Protocolo de Recibo de material.			
3.4	Protocolo de Lavado, secado y lubricación			
3.5	Protocolo de Empaque			
3.6	Protocolo de Esterilizado			
3.7	Protocolo de Almacenaje y entrega			
3.8	Manual de procedimientos seguros por parte de los operarios y de los dispositivos médicos (en caso de que se realicen procesos con óxido de etileno)			
3.9	Manual de Organización y Funciones del servicio			
3.10	Manuales de uso del equipo de esterilización			
3.11	Normas e instrumentos de supervisión y evaluación para el servicio (Aplica a Sector Público)			
3.12	Formulario para el mantenimiento preventivo y correctivo de los equipos			
3.13	Procedimientos para evacuación de emergencia en casos de incendios u otros desastres.			
3.14	Protocolos de higiene, limpieza y asepsia del servicio			
3.15	Reporte del último Control biológico a muestras de materiales esterilizados			

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>	