

FORMULARIO GUIA DE INSPECCION DEL SERVICIO DE DIALISIS PERITONEAL

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 Servicio de Dialisis

K.1- Servicio ()	K.2- Unidad ()	K.3- Centro de Dialisis ()	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 Nefrólogo		Observaciones
T.2	Número de Cirujanos Vascular		
T.3	Número de Nutricionistas		
T.4	Número de Psicólogos Clínico		
T.5	Número de Licenciadas en Enfermería		
T.6	Número de Profesionales con Formación en Soporte Vital Básico		
T.7	Número de Auxiliares de Enfermería		
T.8	Número personal Administrativo y de apoyo		
T.9	Horario de Servicio en horas	4 () 6 () 8 ()	

1. Ambientes

1.1 Espacios

		SI	NO	Observaciones
1.1	Área de examen			
1.2	Área de lavamanos quirúrgico			
1.3	Área de recuperación			
1.4	Estación de enfermería, que cumplirá todos los requerimientos generales y específicos establecidos para el servicio de enfermería contenidos en el presente reglamento técnico			
1.5	Sala de Entrenamiento de diálisis peritoneal			
1.6	Sala de procedimientos de Diálisis peritoneal			
1.7	Ambiente para recambio (con area de inactivacion de liquidos)			
1.8	El área alrededor de la mesa o camilla de procedimientos permite la movilización de equipos y personal necesarios para la atención del paciente.			
1.9	Área de almacenamiento de insumos y material gastable con estanteria metálica			
1.10	Sala de lavado y aseo de materiales			
1.11	Área de descanso para el personal			
1.12	Vestidores para el personal			

2. Equipamiento General

2.1 Equipos Mecánicos

		SI	NO	Observaciones
2.1	Archivador metálico			
2.2	Reloj de pared			
2.3	Camilla metálica rodable			
2.4	Silla de ruedas			
2.5	Vitrina de acero inoxidable para instrumental o material estéril			
2.6	Computadora fija o portátil			
2.7	Impresora propia o comun			

2.2 Equipos Biomedicos

		SI	NO	Observaciones
2.8	Negatoscopio de cuatro u ocho campos			
2.9	Balanza - tallímetro de adulto, mecánica o digital			
2.10	Estetoscopio			
2.11	Esfigmomanometro			
2.12	Set de insumos y material gastable desechable			
2.13	Sillón hidráulico para el paciente			
2.14	Porta suero metálico rodable			

2.3 Equipos específicos para Dialisis Peritoneal

		SI	NO	Observaciones
2.15	a)Maquina Cicladora automatizada para Dialisis peritoneal			

2.4 Flujómetro de oxígeno

		SI	NO	Observaciones
2.16	a) Con humidificador			

2.5 Lámpara quirúrgica de pie

		SI	NO	Observaciones
2.17	a) Portatil			
2.18	b) Rodable			

2.6 Panel de Cabecera

		SI	NO	Observaciones
2.19	a) Uno para cada maquina de hemodialisis			
2.20	b) Salida para oxigeno			
2.21	c) Salida para Aire medicinal			
2.22	d) Salida de vacio			
2.23	Computadora fija o portátil			

2.7 Lavamanos de cerámica vitrificada

		SI	NO	Observaciones
2.24	a) De cerámica vitrificada			
2.25	b)con grifería control de codo y muñeca			

2.8 Cubo Plastico para desperdicios

		SI	NO	Observaciones
2.26	a) Con tapa accionada a pedal			
2.27	b) Con funda de color correspondiente al tipo de desecho			
2.28	c) Uno por cada dos maquinas cicladoras			
2.29	Extintor de polvo quimico seco			

2.9 Carro de Paro

		SI	NO	Observaciones
2.30	Desfibrilador disponible en el establecimiento			
2.31	Laringoscopio adultos con baterias			
2.32	Laringoscopio pediatrico con baterias			
2.33	Baterias de repuesto para laringoscopio			
2.34	Tubos endotraqueales de varios tamaños			
2.35	Monitor cardiaco de cuatro canales			
2.36	Electrocardiografo			
2.37	Ambú adultos			
2.38	Ambú pediatrico (Aplica en servicios pediatricos)			

3. Gestion y Documentacion

3.1 Documentos

		SI	NO	Observaciones
3.1	Norma nacional de salud			
3.2	Manual de procedimientos administrativos			
3.3	Manual de procedimientos Clinicos			
3.4	Manual de procedimientos tecnicos			
3.5	Protocolo de manejo de Desechos Solidos y Liquidos			
3.6	Registro nacional de pacientes en dialisis renal del MSP			
3.7	Contrato de mantenimiento de los equipos			
3.8	Contrato con laboratorio clinico para referir muestras de los pacientes (Aplica para Centros de Dialisis)			
3.9	Reporte de control serologico para hepatitis B y C			
3.10	Reporte del esquema de Vacunacion para hepatitis B y C de todod el personal que labore en el servicio,			
3.11	Contrato de referencia y contrareferencia con un			
3.12	Contrato o acuerdo con un servicio de transporte de emergencia debidamente habilitado. (Centros de Dialisis)			
3.13	Normas de procedimientos de bioseguridad visibles para conocimiento publico			
3.14	Normas para la Prevención y Control de Infecciones en Establecimientos de Salud del Ministerio de Salud Pública.			
3.15	Formulario de Notificacion obligatoria de enfermedades Infectocontagiosas			
3.16	Protocolo de Higiene y limpieza			
3.17	Formulario de Control de calidad de los equipos			
3.18	Matriz de fumigacion (fecha, fumigador, producto utilizado, antidoto del mismo y áreas fumigadas)			
3.19	Matriz de mantenimiento preventivo y correctivo de equipos			
3.20	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

_____ 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	