

FORMULARIO GUIA DE INSPECCION DE SERVICIO DE DONACION Y UNIDADES DE COLECTA MOVILES

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- 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	Numer de Bioanalista		Observaciones
T.3	Número de Bioanalista con especialidad en hemoterapia		
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 y Ambientes

1.1 Especificaciones Técnicas

		SI	NO	Observaciones
1.1	Iluminación y ventilación adecuadas en el área de atención del donante y los procesos de donación.			
1.2	Lugar: seguro, limpio y cómodo para los donantes el personal técnico.			
1.3	Fuente de electricidad y reservorio de agua de calidad y permanente.			
1.4	Espacio para la recepción y espera de los donantes, con sillas suficientes para la demanda diaria.			
1.5	Área para evaluación y selección del donante.			
1.6	Área para Donación o Sangría mayor y recuperación del donante.			
1.7	Área para almacenamiento de muestras de sangre y unidades de sangre colectadas.			
1.8	Área para refrigerio del donante y personal técnico.			
1.9	Baños con lavamanos para uso del personal y los donantes.			
1.10	Entrada y salida que facilite el flujo del personal y los donantes.			

2. Equipamiento

2.1 Especificaciones Técnicas

		SI	NO	Observaciones
2.1	Nevera portátil o caja térmica para almacenamiento de unidades de sangre y muestras con rango de temperatura de 2 a 6 °C.			
2.2	a) Capacidad Mínima para 20 bolsas			
2.3	Refrigerador de tipo familiar para alimentos y bebidas, de donantes y personal.			
2.4	Termómetros clínicos de 37 °C para temperatura corporal del donante (varios).			
2.5	Esfigmomanómetro para adulto.			
2.6	Estetoscopio para adulto			
2.7	Balanza con tallímetro,			
2.8	a) Capacidad de peso hasta 220 kg.			
2.9	Instrumentos tipos quirúrgicos suficientes (pinzas y tijeras de acero inoxidable).			
2.10	Mezclador para bolsas de sangre con balanza.			
2.11	Sellador de bolsas electrónico o mecánico.			

2.12	Mezclador para tubos de sangre.		
2.13	Analizador hematológico automatizado, con capacidad de procesar hasta 50 muestras por hora.		
2.14	Resucitador manual y oxígeno portátil o carro de paro.		
2.15	Gradillas de material no corrosible y no poroso (según volumen de productividad).		

3. Mobiliario e Insumos

3.1 Mobiliario General

		SI	NO	Observaciones
3.1	Mobiliario tipo meseta, en las áreas para el espacio de procesamiento de hemograma.			
3.2	Mobiliario para almacenamiento de insumos.			
3.3	Silla para toma de muestra con reposa brazo giratorio.			
3.4	Silla para usuarios y personal asistencial, apilables de material no poroso, lavable y fácil desinfección.			
3.5	a) Apilables			
3.6	b) de material no poroso			
3.7	c) de material lavable			
3.8	d) de fácil desinfección			
3.9	Camilla o sillón para extracción de sangre de			
3.10	a) de material no poroso			
3.11	b) de material lavable			
3.12	c) de fácil desinfección			
3.13	d) plegable			
3.14	e) con reposa brazos orientables			
3.15	f) base o estructura de material no corrosible.			
3.16	Paral o pie de suero.			
3.17	Contenedores para movilización de bolsas de sangre			
3.18	a) de material rígido			
3.19	b) con tapa			
3.20	c) de fácil desinfección			
3.21	Contenedor(es) para reposo de unidades extraídas			
3.22	a) con tapa			
3.23	b) material superficie lisa			
3.24	c) material no poroso			
3.25	e) lavable			
3.26	f) fácil desinfección			
3.27	g) capacidad mínima para 10 unidades (varios).			
3.28	Contenedor(es) para material gastable de uso clínico (varios).			
3.29	a) Plásticos			

3.30	b) con tapas		
3.31	c) identificados		
3.32	Contenedores para depósito de elementos corto punzantes		
3.33	a) de material rígido		
3.34	b) de fácil limpieza		
3.35	c) con tapa		
3.36	e) identificado		
3.37	Triturador de aguja (opcional)		
3.38	Zafacones con tapa y pedal, identificados (según áreas de trabajo y segregación de desechos).		

3.2 Mobiliarios de uso Administrativo

		SI	NO	Observaciones
3.39	Escritorio para oficina.			
3.40	Sillas ergonómicas de material no poroso.			
3.41	Equipo informáticos suficientes según la complejidad del servicio.			
3.42	a) CPU			
3.43	b) Mouse			
3.44	c) Monitor			
3.45	d) Teclado			
3.46	e) UPS			

3.3 Productos Sanitarios e insumos / Reactivos para tipajes de pruebas inmunohematológicas (Hemograma)

		SI	NO	Observaciones
3.47	Tubos al vacío con y sin anticoagulante, guantes, bolsas colectoras dobles, triples o cuádruples, jeringuillas y otros.			
3.48	Gel sanitizante para la desinfección de manos antes y después de cada procedimiento requerido.			
3.49	Sustancias para desinfección e higiene para la punción del donante.			
3.50	Reactivos para determinación de hemograma según metodología usada.			

3.4 Equipos de Protección Personal

		SI	NO	Observaciones
3.51	Guantes desechables			
3.52	Batas manga larga			
3.53	Mascarillas			
3.54	Gorros			
3.55	Tarjeta con esquema de vacunación del personal			

3.56	Botiquín de primeros auxilios conteniendo materiales e insumos básicos.			
------	---	--	--	--

4. Gestion y Documentación

4.1 Documentación

		SI	NO	Observaciones
4.1	Ley General de Salud (No. 42-01).			
4.2	Ley que crea el Sistema Dominicano de Seguridad Social (No. 87-01).			
4.3	Decreto *** que aprueba el Reglamento de Habilitación para Servicios de Sangre.			
4.4	Norma de Promoción de la Donación Voluntaria.			
4.5	Guía de uso clínico de sangre y componentes.			
4.6	Material educativo relativo a la donación altruista y voluntaria de sangre.			

4.2 Gestion

		SI	NO	Observaciones
4.7	Protocolo de Colecta o extracción de sangre y componentes.			
4.8	Procedimiento para Determinación de Hemograma.			
4.9	Protocolo para la Preservación y transporte de unidades sangre colectadas.			
4.10	Normas de Bioseguridad en manejo del donante, desechos biológicos y otros.			
4.11	Libro registro de diagnóstico de ITS o registros electrónico que contengan los datos solicitados oficialmente por el MSP.			
4.12	Formulario para consentimiento informado y autoexclusión.			
4.13	Formulario para evaluación y selección de Donante			
4.14	Formulario para el control de calidad de reactivos y equipos			
4.15	Tarjeta de identificación de donantes voluntarios			
4.16	Registro de Donantes Voluntarios, físico o electrónico			
4.17	Procedimientos y protocolos para las medidas de higiene y seguridad.			

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	