

FORMULARIO GUIA DE INSPECCION DE EMERGENCIA HOSPITALARIA

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 en emergenciólogía		
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

1.1 Capacidad

		SI	NO	Observaciones
1.1	Minimo de 4 camas. En establecimientos de alta complejidad deben tener minimo 10 por ciento de cubiculos de emergencia en relacion al total de camas			

1.2 Accesos

		SI	NO	Observaciones
1.2	Acceso independiente para area de Emergencias			

1.3 Areas del servicio

		SI	NO	Observaciones
1.3	Area de trabajo exclusiva para emergencias pediatricas			
1.4	Area de trabajo exclusiva para emergencias obstetricas			
1.5	Área administrativa			
1.6	Área de triaje			
1.7	Área de trauma shock (En establecimientos de alta complejidad)			
1.8	Área de examen			
1.9	Área de procedimientos			
1.10	Área de observación			
1.11	Sala de espera			

1.4 Dimensiones

		SI	NO	Observaciones
1.11	Baños 5.48 mts2			
1.12	Informacion 3.66 mts2			
1.13	Sala de espera de Familiares 7.35 mts2			
1.14	Sala de yesos 12.96 m2			
1.15	Curacion 17.28 m2			
1.16	Observacion 15.63 m2			

2. Equipos

2.1 Camilla para recuperacion

		SI	NO	Observaciones
2.1	a) Metalica			
2.2	b) Rodable			

2.2 Camilla de Transporte

		SI	NO	Observaciones
2.3	a) Metalica			
2.4	b) Con ruedas			
2.5	c) Con barandas			

2.3 Camilla para examen

		SI	NO	Observaciones
2.9	a) Metalica			
2.10	b) De dos o mas posiciones			

2.4 Silla de Ruedas

		SI	NO	Observaciones
2.11	a) Mecanica			
2.12	b) Plegable			
2.13	c) De cuatro ruedas			

2.5 Carro para transporte de residuos

		SI	NO	Observaciones
2.14	a) De material no poroso			
2.15	c) Con tapa			

2.6 Set de oficina

		SI	NO	Observaciones
2.16	a) Escritorio de material no poroso con gavetas o cajones			
2.17	b) Silla rodable			
2.18	c) Sillas apilables			

2.7 Ambu

		SI	NO	Observaciones
2.19	Ambú adultos			
2.20	Ambú pediátrico			

2.8 Lavamanos fabricado en ceramica o acero inoxidable

		SI	NO	Observaciones
2.21	a) Con griferia control de codo o muñeca			

2.9 Carro de Paro

		SI	NO	Observaciones
2.22	a) Desfibrilador			
2.23	b) Laringoscopio adultos con baterias			
2.24	c) Laringoscopio pediatrico con baterias			
2.25	Baterias de repuesto para laringoscopio			
2.26	d) Tubos endotraqueales de varios tamaños			
2.27	e) Monitor cardiaco de cuatro canales			
2.28	f) Adrenalina			
2.29	g) Dopamina			
2.30	h) Dobutamina			
2.31	i) Atropina			
2.32	j) Tromboliticos (Estreptokinasa, rTPA)			
2.33	k) Nitroglicerina			
2.34	l) Nitroprusiato			
2.35	m) Antihipertensivos Betabloqueantes (Atenolol, Propanolol, Labetalol, etc)			
2.36	n) Antihipertensivos Antagonistas del calcio (Nifedipina, Verapamil o Diltiazem)			
2.37	o) Amiodarona			
2.38	p) Lidocaina			
2.39	q) Digoxina			
2.40	r) Diazepam			
2.41	s) Midazolam			
2.42	t) Antihistaminicos			
2.43	u) Naloxona			
2.44	v) Nalbufin			
2.45	w) Flumacenil			
2.46	x) Fentanil			
2.47	y) Relajantes Musculares (Succinil Colina, Bromuro de Vecuronio)			
2.48	z) Esteroides (Hidrocortisona, Metilprednisilona, Dexametazona)			
2.49	aa) Furosemida			
2.50	bb) Broncodilatadores (Salbutamol, Aminofilina o Teofilina)			
2.51	cc) Heparina Sodica			
2.52	dd) Cloruro de Potasio (KCL)			
2.53	ee) Bicarbonato de Sodio (NaCO3)			
2.54	ff) Solucion Lactato en ringer			
2.55	gg) Solucion Salina 0.9%			
2.56	hh) Dextrosa al 5%			
2.57	ii) Dextrosa al 10%			
2.58	jj) Manitol al 18%			
2.59	kk) Bandeja de traqueotomia			

2.60	ll) Electrocardiografo			
2.61	mm) Tubo de Pecho			

2.10 Aspirador de secreciones

		SI	NO	Observaciones
2.62	a) Electrico			
2.63	b) Portatil			

2.11 Separacion entre las camas

		SI	NO	Observaciones
2.64	Cortinas antibacterianas tipo Oxford con tubo, riel o biombo			

2.12 Separacion entre las camas

		SI	NO	Observaciones
2.65	Mueble para expedientes médicos metálico			
2.66	Mesa de mayo metálica			
2.67	Vitrinas metálicas con seguridad			
2.68	Escalinata metálica de uno o dos peldaños			
2.69	Reloj de pared			
2.70	Taburetes metálicos giratorios y rodables			

2.13 Monitores

		SI	NO	Observaciones
2.71	Monitor de cinco parametros Adultos			
2.72	Monitor de cinco parametros Pediatrico			

2.14 Ventilador de transporte Volumetrico

		SI	NO	Observaciones
2.73	a) Recargable			
2.74	b)Adultos			
2.75	c) Pediatrico			

2.15 Equipo de Rayos X

		SI	NO	Observaciones
2.76	a) Portatil			
2.77	b) Digital con impresora, o analógico con reveladora automática			

2.16 Set informatico

		SI	NO	Observaciones
2.78	Computadora fija o portatil			
2.79	Impresora propia o común			
2.80	Teléfono			

2.17 Bioseguridad

		SI	NO	Observaciones
2.81	Recipiente rigido para desechos Punzocortantes			

2.18 Cubos metalico para desperdicios

		SI	NO	Observaciones
2.82	a) Con tapa accionada a pedal			
2.83	b) Con fundas codificadas por colores			

2.19 Sistema de Gases Medicinales

		SI	NO	Observaciones
2.84	Gases medicinales centralizados o en tanques individuales			

2.20 Equipos para Reconocimiento del paciente

		SI	NO	Observaciones
2.85	Luz frontal LED con cinta craneal ajustable			
2.86	Lámpara cuello de ganso			

2.21 Equipos Biomedicos

		SI	NO	Observaciones
2.87	Bomba de Infusion			
2.88	Esfigmomanometro			
2.89	Estetoscopio			
2.90	Flujometro de oxigeno con humidificador			
2.91	Negatoscopio de cuatro u ocho campos			

2.22 Toma de Muestras

		SI	NO	Observaciones
2.92	Set de toma de muestras			

2.22 Farmacos

		SI	NO	Observaciones
2.93	Stock de medicamentos, materiales gastables e insumos médicos			

3. Gestión y Documentación

		SI	NO	Observaciones
3.1	Norma nacional de salud			
3.2	Manual de procedimientos administrativos			
3.3	Libro de registro de pacientes			
3.4	Normas de procedimientos de bioseguridad			
3.5	Normas para la Prevención y Control de Infecciones en Establecimientos de Salud del Ministerio de Salud Pública.			
3.6	Formulario de Notificación obligatoria de enfermedades Infectocontagiosas			
3.7	Formulario de Consentimiento Informado			
3.8	Protocolo de Higiene y limpieza			
3.9	Formulario de Control de calidad de los equipos			
3.11	Matriz de fumigación (fecha, fumigador, producto utilizado, antídoto del mismo y áreas fumigadas)			
3.12	Matriz de mantenimiento preventivo y correctivo de equipos			
3.13	Plan de mejoramiento de la calidad en el servicio			
3.14	Procedimiento de Triage Hospitalario que permita: a) Identificar rápidamente pacientes en situación de Riesgo Vital b) Determinar el área más adecuada para ofrecer el servicio c) Asegurar el seguimiento oportuno de los pacientes d) Informar a los pacientes y familiares del tipo de servicio y tiempo probable de espera e) Asegurar las prioridades en función del nivel de clasificación f) Contribuir con información que ayude a definir la complejidad del 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