

FORMULARIO GUÍA DE INSPECCIÓN DE SERVICIO DE ENFERMERIA ALTA COMPLEJIDAD

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- Recursos Humanos

		SI	NO	Observaciones
T.1	Jefe del Servicio, Licenciada en Enfermería			
T.2	Licenciada en Enfermería responsable de la atención de enfermería en cada turno, en salas de hospitalización, consulta externa y epidemiología (Jefe de sala y supervisora)			
T.3	Licenciada en Enfermería, coordinadora del área de educación, capacitada en educación y docencia			
T.4	Enfermera profesional, al menos una en cada turno			
T.5	Auxiliares de enfermería, al menos dos en cada turno			
T.6	Horario de Servicio en horas	4 () 6 () 8 ()		

1. Estructura Física e Instalaciones

		SI	NO	Observaciones
1.1	Dimensiones minimas 40 mts 2			
1.2	Cada estación de enfermería de los servicios, está ubicada en un lugar que permita un control visual general			
1.3	Área para facilidades del trabajo administrativo			
1.4	Área para almacenamiento de materiales de uso constante en el servicio			
1.5	Area para procedimientos limpios con medidas de 5.76m2			
1.6	Area para procedimientos sucios con medidas de 5.76m2			
1.7	Área de preparación de materiales y medicamentos			
1.8	Área de colocación de expedientes			
1.9	Área de depósito temporal de ropa sucia			
1.10	Área de vestidor con gabinetes para uso del personal			
1.11	Area para equipos auxiliares (EKG, carro de paro, nebulizadores, etc)			
1.12	Cuarto de aseo para lavado materiales y otros			

2. Equipamiento y Suministro

		SI	NO	Observaciones
2.1	Escritorio			

2.2	Unidad de computadora personal		
2.3	Impresora		
2.4	Teléfono de mesa		
2.5	Al menos tres sillas		
2.6	Sillas seguras y en buen estado		
2.7	Recipiente recolector de jeringas usadas		
2.8	Balanza		
2.9	Fichero metalico		
2.10	Reloj		
2.11	Laringoscopio con hojas de adulto y pediátricas		
2.12	Termómetro		
2.13	Contenedor para objetos punzantes		
2.14	Medicamentos e insumos		
2.15	Refrigerador acorde a la especialidad para almacenamiento exclusivo de medicamentos		
2.16	Estantes o anaqueles para almacenar materiales propios del uso de cada servicio		
2.17	Gabinetes, botiquines o vitrinas con llave, cantidad suficiente para las necesidades del servicio		
2.18	Dispensador con agua purificada		
2.19	Equipo de iluminación de emergencia, funcionando, encendido automático ante cortes de energía eléctrica		
2.20	Foco de mano con baterías útiles		
2.21	Extintidor portátil contra incendio, con carga útil, según materiales inflamables de uso constante		
2.22	Aire acondicionado o ventilador funcionando		
2.23	Tablas de conversión de peso, kilogramos a libras y viceversa, colocadas o fijadas en un lugar visible		
2.24	Porta lavamanos simple, metálico rodable		

2.25	Cubo metálico para desperdicios, con tapa accionada a pedal		
2.26	Porta suero rodable		
2.27	Linterna médica		
2.28	Pulsioxímetro adulto / pediátrico portátil		
2.29	Tensiómetro rodable - adulto		
2.30	Resucitador manual adulto / pediátrico		
2.31	Aspirador de secreciones eléctrico		
2.32	Unidad de aspiración para ser conectada a la red de vacío		
2.33	Flujómetro con humidificador para la red de oxígeno		
2.34	Espejo adosado marco metálico de 40 x 60 cm		
2.35	Toallero de gancho cromado		
2.36	Jabonera cromada con dispensador para jabón líquido		
2.37	Porta rollo de papel higiénico cromado		
2.38	Dispensador de toallas de papel		
2.39	Vitrina metálica para instrumentos o material estéril 0.68 x 0.45 x 1.70 m		
2.40	Taburete metálico asiento giratorio fijo		
2.41	Carro metálico fichero para 20 porta historias clínicas		
2.42	Escalinata metálica de 2 peldaños		
2.43	Papelera metálica		
2.44	Silla metálica giratoria rodable, asiento alto		
2.45	Meseta para empotrar lavadero con tablero de acero inoxidable, prof. 60 cm, módulos aprox. de 90 cm		
2.46	Meseta para empotrar lavadero con puertas, tablero de acero inoxidable		
2.47	Meseta con cajones y puertas, tablero de acero inoxidable		

2.48	Papelera de plástico con tapa y ventana batible		
2.49	Negatoscopio metálico de 2 campos		
2.50	Reloj de pared		
2.51	Teléfono de mesa		
2.52	Balanza mecánica con tallímetro		

3. Producción de Servicios

		SI	NO	Observaciones
3.1	Registros de reportes por día			
3.2	Roles actualizados de los turno por cada servicio			
3.3	El servicio cuenta con los reportes mensuales			
3.4	El servicio mantiene un control sistemático a los registros de enfermería de cada servicio			
3.5	El servicio cuenta con Sistema de control de asistencia, descanso y vacaciones del personal de enfermería			
3.6	Tarjeta de vacunacion del personal			

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