

FORMULARIO GUIA DE INSPECCION DE SERVICIO DE HEMODINAMIA

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 Cardiólogo		Observaciones
T.2	Número de Licenciadas en Enfermería		
T.3	Número de Profesionales con Postgrado Cardiología Intervencionista		
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. Ambientes

		SI	NO	Observaciones
1.1	Sala de estar para el personal quirúrgico			
1.2	Vestidor exclusivo para el personal quirúrgico			
1.3	Area de esterilización			
1.4	Area de lavado y secado de instrumentos, separada del área de lavado del personal quirúrgico			
1.5	Area de almacenamiento de insumos esterilizados			
1.6	Area de almacenamiento de medicamentos, insumos y materiales			
1.7	Area de resguardo para equipos de cirugía			
1.8	Area de lavado del personal quirúrgico			
1.9	Iluminada 500-600 luxes			
1.10	Lavadero quirúrgico de acero inoxidable, automático o mecánico con mecanismo de palanca			
1.11	Disponibilidad continua de jabón quirúrgico sin olor			
1.12	Disponibilidad continua de cepillo para restregado			
1.13	Disponibilidad continua de agua de calidad			
1.14	Area lavado del personal dimensión mínima de 6m2			
1.15	Area para resguardo de utensilios de limpieza			
1.16	Areas para preparación pre quirúrgica			
1.17	Sillas de rueda acorde a la capacidad			
1.18	Al menos una cama por quirófano, sala de procedimientos o sala de parto			
1.19	Area para recuperación post quirúrgica			
1.20	Mínimo dos camas de recuperación por quirófano, sala de procedimientos o sala de parto			
1.21	Quirófano			

2. Quirófano

		SI	NO	Observaciones
2.1	Sala de procedimientos			
2.2	Dimensión mínima entre 40 a 50 m2			
2.3	Paredes con pintura epoxica, antibacterial y retardante al fuego			
2.4	Techo con pintura epoxica , antibacterial y retardante al fuego			
2.5	Pisos asépticos			
2.6	a)Antiestáticos			
2.7	b)Planos			
2.8	c)Impermeables			
2.9	d)Inalterables			

		SI	NO	Observaciones
2.10	e)Resistentes			
2.11	f)Con esquinas redondeadas (Unión pared-piso, pared-techo, pared-pared con ángulo no poseen ángulos de 90 grados)			
2.12	Sistema de aire acondicionado con flujo de aire que utilicen filtro de intercambio tipo HEPA.			
2.13	Gases medicinales: central de gases medicinales o tanques individuales			
2.14	Lámpara quirúrgica fija de techo, de potencia media			
2.15	Negatoscopio de 4 campos			
2.16	Reloj de pared digital			
2.17	a) Aspirador de secreciones eléctrico			
2.18	b) Rodable			
2.19	c)Conectado a red de vacío			
2.20	Bomba de infusión de 2 canales, de modo macro y micro			
2.21	Carro de paro que contenga:			
2.22	a)Ambu			
2.23	b)Fuente de oxígeno			
2.24	c)Laringoscopio			
2.25	d)Cánulas de mayo			
2.26	e)Cánulas endotraqueales			
2.27	f)EKG			
2.28	g)Desfibrilador			
2.29	h) Adrenalina			
2.30	i) Dopamina			
2.31	j) Dobutamina			
2.32	k) Atropina			
2.33	l) Efedrina			
2.34	m) Nitroglicerina			
2.35	n) Vasopresina			
2.36	ñ) Propanolol			
2.37	o) Atenolol			
2.38	p) Verapamil			
2.39	q) Nifedipina			
2.40	r) Clonidina			
2.41	s) Diltiazem			
2.42	t) Nitroprusiato			
2.43	u) Amiodarona			
2.44	v) Lidocaína			
2.45	w) Digoxina			
2.46	x) Procainamida			

		SI	NO	Observaciones
2.47	z) Tiopental sódico			
2.48	aa) Diazepam			
2.49	bb) Midazolam			
2.50	cc) Propofol			
2.51	dd) Difenilhidantoinato			
2.52	ee) Naloxona			
2.53	ff) Nalbufin			
2.54	gg) Flumaceniil			
2.55	hh) Morfina			
2.56	ii) Fentanil			
2.57	jj) Succinil Colina			
2.58	kk) Bromuro de Vecuronio			
2.59	ll) Hidrocortisona			
2.60	mm)Metilprednisolona			
2.61	nn) Dexametasona			
2.62	ññ)Furosemida			
2.63	oo)Teofilina			
2.64	pp) Ranitidina			
2.65	qq) Heparina Sódica			
2.66	rr) Sulfato de magnesio (MgSO4)			
2.67	ss) Cloruro de Potasio (KCL)			
2.68	tt) Bicarbonato de Sodio (NaCO3)			
2.69	uu) Solución Lactato en ringer			
2.70	vv) Solución Salina 0.9%			
2.71	ww)Dextrosa al 5%			
2.72	xx) Dextrosa al 10%			
2.73	yy)Manitol al 18%			
2.74	zz) Bandeja de traqueotomía			
2.75	Electrocardiógrafo			
2.76	Electro bisturí mono/bipolar de potencia alta			
2.77	Esfigmomanómetro rodable con estetoscopio			
2.78	a) Máquina de anestesia con sistema de monitoreo ECG			
2.79	b) con monitoreo de presión arterial no invasiva			
2.80	c) Oximetría y capnografía con flujómetro integrado			
2.81	Mesa de operaciones hidráulica multifuncional con plano deslizante			
2.82	Monitor de adulto de 7 parámetros			
2.83	Pulsioxímetro de adulto			
2.84	a) Cubo metálico para desperdicios contaminantes con funda roja			
2.85	b)Cubo metálico para desperdicios con tapa accionada a pedal			
2.86	Mesa para anestesia			
2.87	Banquillo para sala de operaciones metálico de 1 peldaño			

		SI	NO	Observaciones
2.88	Taburete giratorio			
2.89	Taburete para anesthesiólogo			
2.90	Luces de emergencia en caso de interrupción eléctrica			

3. Otras áreas

		SI	NO	Observaciones
3.1	Sala de procedimientos			
3.2	Manual de procedimientos administrativos			
3.3	Altura mínima 2,60 mts			
3.4	Blindaje plomado en las paredes			
3.5	En área diferenciada: comando y generador			
3.6	Corriente eléctrica directa de red de cableado en ductos cerrados			
3.7	Panel de cabecera			
3.8	a) Salida para oxígeno			
3.9	b) Salida para vacío			
3.10	c) Salida para aire medicinal			
3.11	d) Tomacorrientes grado hospitalario			
3.12	e) Porta suero			
3.13	f) Interruptor de llamadas a enfermeras			
3.14	Jabalina para puesta a tierra de la instalación			
3.15	Sala de Controles de monitores			
3.16	Superficie mínima de 10 m ²			
3.17	Relación con la sala de procedimientos: De frente al operador			
3.18	Pantalla de cristal plomado mínimo 30x40cm			
3.19	Cableado subterráneo o aéreo. Si es subterráneo debe tener canaletas desmontables			
3.20	Sala de preparación de materiales medios de contraste			
3.21	a) Superficie mínima de 6 m ²			
3.22	b) Con sector HUMEDO (sucio) separados del seco			
3.23	b) Con sector SECO (limpio) separado del húmedo			
3.24	c) Las mesas de trabajo de material no poroso de fácil limpieza			
3.25	d) Iluminación 500-600 luxes			
3.26	e) Aire comprimido			
3.27	f) Muebles adecuados para almacenamiento de materiales			
3.28	Sala de Observación de pacientes			
3.29	Dimensión 9 m ²			
3.30	Panel de cabecera			
3.31	a) Salida para oxígeno			

		SI	NO	Observaciones
3.32	b) Salida para vacío			
3.33	c) Salida para aire medicinal			
3.34	d) Tomacorrientes grado hospitalario			
3.35	e) Porta suero			
3.36	f) Interruptor de llamadas a enfermeras			
3.37	Monitor pediátrico de 7 parámetros			
3.38	Baño			
3.39	a) Bañera con piso antideslizante			
3.40	b) Ducha de palanca			
3.41	c) Barras de apoyo			
3.42	d) Lavamanos			
3.43	e) Inodoro			
3.44	f) Dimensiones mínimas del baño de 5.2 mts ²			
3.45	Mesa de Anestesia con colchón térmico			
3.46	Oxímetro de pulso			
3.47	Oxicapnógrafo			
3.48	Monitoreo de presiones de dos canales simultáneos como mínimo			
3.49	Equipo para medir tiempo de coagulación activado			

4. Equipos Específicos

		SI	NO	Observaciones
4.1	Equipo para monitoreo de temperatura			
4.2	Arco en C o Paralelograma deformable			
4.3	a) Intensificador de imágenes			
4.4	b) Sistema Road Mapping			
4.5	c) Sustracción en tiempo real			
4.6	d) Sistema de archivo digital (backup)			
4.7	e) Suspensión de techo o base al suelo			
4.8	f) Memoria mínima sugerida 2 (dos) Gigabytes de disco rígido			
4.9	Inyectora de contraste.			
4.10	a) Volumétricas: 1 cm/seg.			
4.11	b) Volumen total mínimo: 100 cm ³			
4.12	Recuperación de sangre intraoperatoria (cell saver)			
4.13	Mandiles plomados			
4.14	Protectores de tiroides			
4.15	Dosímetros de exposición a Rayos X			
4.16	Anteojos plomados			
4.17	Generador de Rayos X			
4.18	a) Alta frecuencia, con autochequeo			
4.19	b) Mínimo 100 kilovatios de rendimiento			
4.20	c) Exposimetría automática			
4.21	d) Programación anatómica			
4.22	e) Protección de sobrecarga de tubo RX TUBO RX			

		SI	NO	Observaciones
4.23	Dos Monitores planos de 18" como tamaño mínimo TFL LCD en Blanco y negro con soporte al techo (En sala de procedimientos)			
4.24	Un Monitor plano de 18" como tamaño mínimo TFL LCD a color para imagen en 3D con soporte al techo (En sala de procedimientos)			
4.25	Un Monitor plano de 18" como tamaño mínimo TFL LCD a color para Imagen del Sistema poligráfico (En sala de Procedimientos)			
4.26	1 Monitor en Blanco y negro (En sala de controles)			
4.27	1 Monitor a color (en sala de controles)			

		SI	NO	Observaciones
4.28	Sistema de determinación de saturación de hemoglobina en sangre con micromuestras			
4.29	Sistema de acondicionamiento térmico para trabajo en recién nacidos			
4.30	Sistema de Imagen y post proceso			
4.31	Rango de adquisición de imágenes no menor a 25 imágenes por segundo			
4.32	Calidad de la imagen: 1024 x1024 pixeles Mínimo			
4.33	Catéteres			
4.34	Balón Intraórtico			
4.35	Catéteres Balón para Inhalación			
4.36	Catéteres balón para embolización			
4.37	Catéter Con Oxígeno Fibra-Óptico			
4.38	Catéter Swan Ganz			
4.39	Catéter para embolectomía			
4.40	Catéter para Septotomía			
4.41	Catéter Venoso central			
4.42	Catéter con sonda Diagnostica intracardiaca			
4.43	Dilatadores de vasos para catéter			
4.44	Guía para catéter			
4.45	Estilete para catéter			
4.46	Introduccion para catéter			

5.Documentacion

		SI	NO	Observaciones
5.1	Registro de resultados de la comprobación de los dispositivos de seguridad con un mínimo de dos años			
5.2	Registro de las dosis individuales y dosímetros			
5.3	Registro de las pruebas de fuga			
5.4	Registro del personal de reciente incorporación y del programa de entrenamiento anual de todo el personal			
5.5	Copia de los informes de monitoreo radiológico realizados			
5.6	Registro de la calibración de los equipos de monitoreo y comprobación diaria			
5.7	Constancia de comprobación diaria de las alarmas de los equipos			
5.8	Certificación de operación de la Comisión Nacional de Energía			
5.9	Procedimientos en caso de accidentes de trabajo de acuerdo a lo dispuesto por la Comisión Nacional de Energía y el Ministerio de Medio Ambiente			
5.10	Programa de vigilancia radiológica para pacientes y recurso humano			
5.11	Libro de registro de pacientes			
5.12	Libro de registro de anestesiología			
5.13	Formulario de consentimiento informado			
5.14	Manual de Procedimientos administrativos			
5.15	Manual de Procedimientos técnicos			
5.16	Matriz de fumigación (fecha, fumigador, producto utilizado, antídoto del mismo y áreas fumigadas)			
5.17	Matriz de mantenimiento preventivo y correctivo de equipos			
5.18	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