

## FORMULARIO GUIA DE INSPECCION EVALUACIÓN GENERAL DE MAMOGRAFIA B

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**

<b>R.1</b>	Nombre(s)	
<b>R.2</b>	Apellido(s)	
<b>R.3</b>	Cédula de Ident. y Electoral	
<b>R.4</b>	Dirección (Calle y Número)	
<b>R.5</b>	Barrio o Sector	
<b>R.6</b>	Municipio	
<b>R.7</b>	Provincia	
<b>R.8</b>	Teléfono(s)	
<b>R.9</b>	Celular	
<b>R.10</b>	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 Imagenologo o Radiologo		<b>Observaciones</b>
T.2	Número de Licenciadas en Enfermería		
T.3	Número de Profesionales con Postgrado		
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 e Instalaciones

### 1.1 Infraestructura e Instalaciones

		SI	NO	Observaciones
1.1	La construcción del ambiente cumple con las normas de protección radiológica: Paredes, techos, puertas, pisos			

### 1.2 Dimensiones

		SI	NO	Observaciones
1.2	Sala de mamografía - B 10.80 m2			

### 1.3 Areas o Ambientes

		SI	NO	Observaciones
1.3	Sala de espera			
1.4	Los ambientes permiten proteger la intimidad y privacidad auditiva y visual del usuario			
1.5	Área de ubicación de la consola de disparo ventilada, con protección radiológica (vidrio plomado que			
1.6	Área para facilidades del trabajo administrativo			
1.7	Estaciones de visualización			
1.8	Área para vestidor y descanso para el personal de guardia			
1.9	Área para vestidor de usuarios			
1.10	Área para depósito de materiales de uso común en el servicio			

### 1.4 Instalacion Electrica

		SI	NO	Observaciones
1.11	Equipo de iluminación de emergencia, funcionando, encendido automático ante cortes de energía eléctrica			
1.12	Tomacorriente de Grado Hospitalario con brakets integrados			

### 1.5 Sistema Contra Incendio

SI	NO	Observaciones
----	----	---------------

1.13	Extintor portátil contra incendio, con carga útil, según materiales inflamables de uso constante			
------	--	--	--	--

### 1.6 Climatizacion

		SI	NO	Observaciones
1.14	Aire acondicionado			

## 2. Equipos Biomedicos - Mobiliario de Oficina y Suministros

### 2.1 Equipamiento Biomedico

		SI	NO	Observaciones
2.1	Equipo de mamografía de campo completo digital			
2.2	Negatoscopio para mastografía			

### 2.2 Elementos de Proteccion Radiologicas

		SI	NO	Observaciones
2.3	Equipo personal de protección radiológica			
2.4	Equipo personal de protección radiológica Delantal			
2.5	Equipo personal de protección radiológica collar			
2.6	Equipo personal de protección radiológica guantes			
2.7	Equipo personal de protección radiológica caretas o lentes			
2.8	Dosímetro para medición de la radiación recibida por los trabajadores. Uno por cada trabajador			

### 2.3 Mobiliario Administrativo

		SI	NO	Observaciones
2.9	Cubo metálico para desperdicios, con tapa accionada a pedal			
2.10	Papelera metálica			
2.11	Silla metálica apilable			
2.12	Silla metálica giratoria rodable			
2.13	Mueble modular para cómputo			
2.14	Unidad de computadora personal			
2.15	Impresora			

### 2.4 Accesorios para Area de Imágenes

SI	NO	Observaciones
----	----	---------------

2.16	Cortina de lino plastificado incluye riel			
2.17	Banco de madera o mdf o similar para desvestir			
2.18	Percha metálica de pared de 4 ganchos			
2.19	Lampara de aviso			

### 3. Normas y Documentacion

#### 3.1 Normas y Documentacion

		SI	NO	Observaciones
3.1	Certificacion de la Comision Nacional de Energia			
3.2	Registro de resultados de la comprobación de los dispositivos de seguridad con un mínimo de dos años			
3.3	Normas y Protocolos de Bioseguridad Manual de procedimientos para la disposición final de material radiactivo (Aplica si oferta medicina nuclear)			
3.4	Manual de Normas y Procedimientos Técnicos de Radiodiagnóstico			
3.5	Control de calidad de los equipos Reportes periódicos sobre mantenimiento preventivo del equipos			
3.6	Registro de las pruebas de fuga			
3.7	Lecturas del dosímetro personal Registro de las dosis individuales y dosímetros			
3.8	Constancia de comprobación diaria de las alarmas de los equipos.			
3.9	Registro de la calibración de los equipos de monitoreo y comprobación diaria			
3.10	Registro del personal de reciente incorporación y del programa de entrenamiento anual de todo el personal			
3.11	Programa de vigilancia radiológica.			
3.12	Copia de los informes de monitoreo radiológico realizados			
3.13	Procedimientos en caso de accidentes de trabajo de acuerdo a lo dispuesto por la Comisión Nacional de			
3.14	Control de Fumigacion			
3.15	Plan de mejora			

Con mi Nombre y Firma, Declaro que toda la Información que se ha Suministrado es Verídica

_____ <b>Nombre del Director Médico</b>	_____ <b>Firma del Director Médico</b>
_____ <b>Nombre del Inspector/a y/o Supervisor</b>	_____ <b>Firma del Inspector/a y/o Supervisor</b>
_____	_____
_____	_____
<b>Fecha:</b> _____	<b>Hora de Inspección:</b> _____
<b>Para uso exclusivo de la DHA</b>	