

FORMULARIO GUIA DE INSPECCION SERVICIO DE MEDICINA HIPERBARICA

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 Médico Anesteciólogo/ Emergenciólogo		Observaciones
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

1.1 Dimensiones Minimias

		SI	NO	Observaciones
1.1	Dimensiones Minimias 9 mts ²			
1.2	Nota: Si hay mas de una camara hiperbarica debe haber un espacio entre 4 a 6 pies de sistancia entre cada camara			

1.2 Localizacion

		SI	NO	Observaciones
1.3	Localizada en un espacio fuera de las instalaciones del establecimiento de Salud			

1.3 Espacios

		SI	NO	Observaciones
1.4	Area Administrativa			
1.5	Area de Recepcion			
1.6	Sala de Espera			
1.7	Area de Almacenamiento de Dispositivos medicos			
1.8	Area de Almacenamiento de utlies de limpieza			
1.9	Dos estacionamientos por cada unidad de camara hiperbarica			
1.10	Servicios sanitarios para los Usuarios			
1.11	Servicios sanitarios para el personal de apoyo			
1.12	Vestidor para los usuarios			
1.13	Locker para los Usuarios			

1.4 Condiciones de seguridad general

		SI	NO	Observaciones
1.14	Áreas y superficies libres de humedad y /o filtraciones			
1.15	Las Paredes son lisas y de material lavable			
1.16	Las puertas son lisas y de material lavable			
1.17	Las superficies de trabajo clínico son lisas y de material lavable			

1.5 Pisos

		SI	NO	Observaciones
1.18	Antiestaticos			
1.19	Planos			
1.20	Impermeables			
1.21	Inalterables			
1.22	Resistentes			
1.23	Con esquinas reondeadas			

1.6 Rutas de Evacuacion

		SI	NO	Observaciones
1.24	Señalizadas de manera clara			
1.25	Las vías de evacuación están libres de equipamiento o elementos que impidan el desplazamiento de personas			
1.26	Está(n) definido(s) los espacios seguros hacia donde se conducirán las rutas de evacuacion			

1.7 Climatizacion

		SI	NO	Observaciones
1.27	Ambiente aclimatado entre 15 °c y 25°c			

1.8 Sistema contra incendios

		SI	NO	Observaciones
1.28	Extintores con fecha de expiracion vigente			

2. EQUIPAMIENTO

2.1 Sala de Procedimientos

		SI	NO	Observaciones
2.1	Camilla			
2.2	Escalinata metalica de un peldaño			
2.3	Lavamanos			
2.4	Dispensador de Jabon Bactericida			
2.5	Dispensador de toallas desechables o Secador			

2.2 Camara Hiperbarica

		SI	NO	Observaciones
2.6	Monoplaza			

2.7	Multiplaza		
2.8	Mirillas para Observar el interior		
2.9	Valvulas Reductoras		
2.10	Manómetro		
2.11	Mascarillas de oxígeno		
2.12	Flujómetro		
2.13	Silenciadores		
2.14	Termometro		
2.15	Medidor de humedad (higrómetro)		

2.3 Sistemas de la Camara Hiperbarica

		SI	NO	Observaciones
2.16	Sistema de iluminación			
2.17	Sistema de absorción de CO2 y vapor de agua			
2.18	Sistema de Refrigeracion			
2.19	Sistema de Calefaccion			
2.20	Sistema de suministro eléctrico (cables antideflagrantes)			
2.21	Sistema de comunicación con el exterior			

2.4 Sistema de Suministro de Gases

		SI	NO	Observaciones
2.22	Aire medicinal			
2.23	Oxigeno puro en diferentes porcentajes			
2.24	Mezclas descompresivas			
2.25	Equipo de compresores			
2.26	Deposito de aire			
2.27	Filtros			
2.28	Sistema de Reserva de oxigeno			

2.5 Panel de Control

		SI	NO	Observaciones
2.29	Valvulas de Presurizacion y despresurizacion de la camara			
2.30	Valvulas de Ventilacion			
2.31	Cronometros			
2.32	Manometros de presicion			
2.33	Alarmas sobre presion alta del Oxigeno (mayor de 25%)			
2.34	Sistema de Comunicación con el interior			
2.35	Medidores de CO2			
2.36	Sistema de Regulacion de la humedad interior de la camara (Humidificadores)			

2.6 Equipo para reanimacion cardiopulmonar

		SI	NO	Observaciones
2.37	Ambu de adultos			
2.38	Ambu pediatico			
2.39	Set de cánula Mayo de uso adulto			
2.40	Set de cánula Mayo de uso pediátrico			
2.41	Laringoscopio con 3 hojas uso adultocon baterias			
2.42	Laringoscopio con 3 hojas de uso pediátrico con baterias			
2.43	Baterias de Repuesto para laringoscopio			
2.44	Set tubo endotraqueal uso adulto			
2.45	Set tubo endotraqueal uso pediátrico			
2.46	Mascarillas de oxigeno para Adultos			
2.47	Mascarillas de oxigeno Pediatricas			
2.48	Sondas de Aspiracion uso Adultos			
2.49	Sondas de Aspiracion uso Pediatrico			

2.7 Carro de paro

		SI	NO	Observaciones
2.50	Fuente de oxigeno			
2.51	Canulas de mayo			
2.52	Canulas endotraqueales			
2.53	Electrocardiografo			
2.54	Desfibrilador			
2.55	Adrenalina			
2.56	Dobutamina			
2.57	Dopamina			
2.58	Tromboliticos (Estreptocinasa, rTPA)			
2.59	Antihipertensivos Betabloqueantes (Propanolol, atenolol, entre otros)			
2.60	Antihipertensivos Antagonistas de Calcio (Nifedipina, Verapamil o Diltiazem)			
2.61	Nitroprusiato			
2.62	Nitroglicerina			
2.63	Amiodarona			
2.64	Lidocaina			
2.65	Digoxina			
2.66	Diazepam			
2.67	Midazolam			
2.68	Antihistaminicos			
2.69	Fenitoina			
2.70	Naloxona			
2.71	Nalbufin			
2.72	Flumaceniil			

2.73	Fentanil		
2.74	Relajantes Musculares (Succinil Colina, Bromuro de Vecuronio, entre otros)		
2.75	Esteroides (Hidrocortisona, Metilprednisolona, Dexametazona, etc.)		
2.76	Furosemida		
2.77	Broncodilatadores (Salbutamol, Aminofilina, Teofilina)		
2.78	Heparina Sodica		
2.79	Cloruro de Potasio (KCL)		
2.80	Bicarbonato de Sodio (NaCO3)		
2.81	Solucion Lactato en ringer		
2.82	Solucion Salina 0.9%		
2.83	Dextrosa al 5%		
2.84	Dextrosa al 10%		
2.85	Manitol al 18%		
2.86	Bandeja de traqueotomia		
2.87	Guias Metalicas		
2.88	Sondas de aspiracion		
2.89	Mascarillas de Oxigeno		
2.90	Sets de Venocclisis		
2.91	Regla para medir Presion venosa central		

3. GESTION Y DOCUMENTACION

3.1 Manuales y Normas

		SI	NO	Observaciones
3.1	Norma nacional de salud			
3.2	Manual de procedimientos administrativos			
3.3	Manual de procedimientos tecnicos			
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.			

3.2 Protocolos

		SI	NO	Observaciones
3.6	Protocolo para Prevencion de Incendios			
3.7	Protocolo de Higiene y limpieza			

3.3 Registros

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

3.8	Registro de Pacientes (digital y fisico) debe incluir:			
3.9	a) Datos del receptor de la terapia			
3.10	b) Numero de sesiones recomendadas por el medico			

3.4 Formularios

		SI	NO	Observaciones
3.11	Formulario de Notificacion obligatoria de enfermedades Infectocontagiosas			
3.12	Formulario de Consentimiento Informado especifico para cada tipo de procedimiento			
3.13	Formulario de Control de calidad de los equipos			
3.14	Matriz de fumigacion (fecha, fumigador, producto utilizado, antidoto del mismo y áreas fumigadas)			
3.15	Matriz de mantenimiento preventivo y correctivo de equipos			
3.16	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	