

FORMULARIO GUIA DE INSPECCION SERVICIOS DE MEDICINA NUCLEAR

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 Imagenólogos o Radiólogos		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. Estructura Física e Instalaciones

1.1 Ambientes

		SI	NO	Observaciones
1.1	Las condiciones arquitectónicas e instalaciones cumplen con las normas de Bio Seguridad en radio protección, paredes, techos y pisos plomados			
1.2	Ambiente para Consulta Externa			
1.3	Salas para Hospitalización			
1.4	Quirófano			
1.5	Ambiente para Braquiterapia			
1.6	Ambiente para Radioterapia			
1.7	Ambiente para Quimioterapia			
1.8	Estación de enfermería ubicada en lugar estratégico que permite el control visual de usuarios,			
1.9	Los ambientes de las área clínicas, protegen la intimidad y privacidad auditiva y visual del usuario			
1.10	Área de vestidor con gabinetes para uso del personal			
1.11	Área para procedimientos			
1.12	Sala o área para descanso del personal			
1.13	Área para almacenar materiales de uso constante en la unidad			
1.14	Lavadero para instrumental quirúrgico, con dispensador de jabón			
1.15	Instalación eléctrica para suministro desde planta eléctrica de emergencia o grupo electrógeno, en todo el servicio			

2. Equipamiento y Suministros

2.1 Seguridad radiologica

		SI	NO	Observaciones
2.1	Dispositivos de seguridad funcionando, al menos en las salas de braquiterapia y radioterapia			
2.2	Caja de seguridad emplomada para guardar fuentes radiactivas			

2.2 Climatizacion

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

2.2	Aire acondicionado o ventilador funcionando			
-----	---	--	--	--

2.3 Sistema contra incendios

		SI	NO	Observaciones
2.3	Extintidor portátil contra incendio, con carga útil, según materiales inflamables de uso constante			

2.4 Iluminacion de emergencia

		SI	NO	Observaciones
2.4	Equipo de iluminación de emergencia, funcionando, encendido automático ante cortes de energía eléctrica			

2.5 Equipos y Materiales del Area Adminstrativa

		SI	NO	Observaciones
2.5	Escritorio			
2.6	Al menos tres sillas seguras y en buen estado			
2.7	Archivo metálico			
2.8	Computadora con impresora, en buenas condiciones de funcionamiento			
2.9	Anaqueles o libreros para almacenamiento de materiales varios			
2.10	Armarios con llave para almacenamiento de equipo			

2.6 Ambiente de Braquiterapia

		SI	NO	Observaciones
2.11	Cama hospitalaria adulto			
2.12	Mesa de noche			
2.13	Silla segura y en buen estado, al menos una			
2.14	Mesa puente para alimentación de encamados			

2.7 Equipos Especificos de Braquiterapia

		SI	NO	Observaciones
2.15	Computadora			
2.16	Selectron			
2.17	Camaras			
2.18	Monitores			

2.19	Sistema de alarmas		
2.20	Digitalizador		
2.21	Dos pantallas planas		
2.22	Plotter		
2.23	Dos VPS para estabilización de voltaje		
2.24	Equipo de cilindros, ovoides y todo el kit para los implantes		
2.25	Fuentes ficticias de plomo		
2.26	Emulsiones para auto radiografías		
2.27	Medidores de radiación		
2.28	Caja semi octagonal		
2.29	Medidor Güeiguer Muller		
2.30	Silla de ruedas		
2.31	Camilla con barandillas en buenas condiciones		
2.32	Aparato portátil de Rayos X rodable, con accesorios, en buen estado y funcionando (uno para el servicio)		
2.33	Pantalla protectora (Biombo emplomado)		
2.34	Compresor de aire, en buenas condiciones, silencioso		
2.35	Dosímetro personal. Uno para trabajador potencialmente expuesto		
2.36	Recipiente recolector de jeringas usadas		

2.8 Equipos Especificos de Radioterapia

		SI	NO	Observaciones
2.37	Unidad de cobalto 60 con sus accesorios, en buenas condiciones y funcionando			
2.38	Panel de control			
2.39	Regulador de voltaje			
2.40	Monitor y cámara de circuito cerrado			
2.41	Equipo de calibración			
2.42	Equipo de dosimetría			
2.43	Medidor de Radiacion Güeiguer Muller, en buenas condiciones de conservación y funcionamiento			
2.44	Taller de moldes para protección de usuarios bajo tratamiento de radioterapia, con herramienta y materiales			
2.45	Estantes para el almacenamiento de materiales. Número y tipo, según materiales de uso común			
2.46	Silla de ruedas			
2.47	Camilla con barandillas en buenas condiciones			
2.48	Recipiente recolector de agujas usadas o destructor de agujas			

2.49	Recipiente recolector de jeringas usadas		
2.50	Recipientes para traslado de materiales radioactivos, según normas de Bio Seguridad		

3. Documentación y Normas

3.1 Manuales

		SI	NO	Observaciones
3.1	Manual de Normas y Procedimientos oncológicos: Braquiterapia, radioterapia, quimioterapia y cirugía oncológica			
3.2	Manual de Organización y Funciones de Departamento			
3.3	Manuales con instrucciones a seguir para casos de emergencia en la unidad de radioterapia y braquiterapia.			
3.4	Manuales de uso y mantenimiento preventivo del equipo electrónico médico del departamento			

3.2 Protocolos

		SI	NO	Observaciones
3.5	Protocolos sobre procedimientos y atención del usuario de Radioterapia			
3.6	Protocolos sobre procedimientos y atención del usuario de Braquiterapia			
3.7	Protocolos sobre procedimientos y atención del usuario de Quimioterapia			
3.8	Protocolos sobre procedimientos y atención del usuario en cirugía oncológica.			

3.3 Documentos

		SI	NO	Observaciones
3.9	Licencia de la Comisión nacional de Energía			
3.10	Programa de Vigilancia radiológica			
3.11	Tablas de conversión de peso, kilogramos a libras y viceversa, colocadas o fijadas en un lugar visible			

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	