

FORMULARIO GUIA DE INSPECCION DE SERVICIO DE PATOLOGIA

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 Patólogos		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 Condiciones sobre Planta Física e Infraestructura.

		SI	NO	Observaciones
1.1	Sistema de abastecimiento y almacenamiento de agua veinticuatro horas de calidad adecuada			
1.2	Condiciones generales de higiene adecuadas			
1.3	Iluminacion adecuada 500-600 luxes			
1.4	Paredes fabricadas en materiales impermeables y fáciles de limpiar.			
1.5	Pisos fabricados en materiales impermeables y fáciles de limpiar.			
1.6	Mesas de trabajo fabricadas en materiales impermeables y fáciles de limpiar.			
1.7	Fuente de energía eléctrica alternativa y de potencia adecuada			

1.2 Ambiente

		SI	NO	Observaciones
1.8	Area Administrativa			
1.9	Sala de recepcion o espera			
1.10	Baños para los empleados del laboratorio			
1.11	Baño para los usuarios			
1.12	Área de lavado y esterilización de materiales			
1.13	Área de procedimientos de acuerdo su complejidad.			
1.14	Área de almacenamiento			
1.15	Área de descanso para el personal			
1.16	Debidamente protegida y acondicionada.			

1.3 Area de deposito de cadaveres

		SI	NO	Observaciones
1.17	a) Privada			
1.18	b) Alejado del flujo de usuarios			
1.19	c) Alejada de servicios activos			
1.20	d) Dimensiones minimas 7m2			
1.21	e) Temperatura Minima menor de 20°C			

1.4 Morgue

		SI	NO	Observaciones
1.22	a) Privada			
1.23	b) Alejado del flujo de usuarios			
1.24	c) Alejada de servicios activos			
1.25	d) Dimensiones minimas 35 m2			
1.26	e) Temperatura Minima menor de 20°C			
1.27	f) Ubicación del lavamanos proximo a la puerta			
1.28	g) Extractor de aire			

2. Equipamiento

2.1 Equipos para Visualizacion de la muestra

		SI	NO	Observaciones
2.1	Microscopio de luz con objetivos X4, X10 X20, X40 X100			
2.2	Microscopio de inmunofluorescencia			
2.3	Cámara para microscopio			
2.4	Cámara fotográfica			

2.2 Mobiliario

		SI	NO	Observaciones
2.5	Mesa de trabajo			
2.6	Archivos de láminas			
2.7	Archivos para expedientes			
2.8	Archivos para bloques			

2.3 Materiales e insumos para Tincion

		SI	NO	Observaciones
2.9	Set de tinción para citología			
2.10	Set de tinción para biopsias			
2.11	Set de tincion para hematoxilina y eosina			
2.12	Set de tincion para Giemsa			
2.13	Set de tincion para Rojo Congo			

2.4 Set de Oficina

		SI	NO	Observaciones
2.14	Escritorio			
2.15	Computadora			
2.16	Impresora			
2.17	Archivo			
2.18	Sillas apilables			

2.5 Equipamiento Electromecánico

		SI	NO	Observaciones
2.19	Nevera			
2.20	Horno			
2.21	Reloj			
2.22	Balanza			
2.23	Estufa eléctrica			
2.24	Termómetro			

2.6 Equipos para tinción de las Muestras

		SI	NO	Observaciones
2.25	Micrótopo y porta cuchillas			
2.26	Centrífuga			
2.27	Jarros para soluciones deshidratantes y aclarantes			
2.28	Cabina de seguridad para macros			
2.29	Casetas para tejidos			
2.30	Casetas de tinción			
2.31	PH chimetro			
2.32	Micro pipetas			
2.33	Baño de María			
2.34	Cámara húmeda			
2.35	Autotinción			
2.36	Estación de parafina			
2.37	Termo de parafina			
2.38	Criostato			
2.39	Vortex			
2.40	Hibridizador			
2.41	Campana de flujo laminar			
2.42	Termociclador			
2.43	Microcentrífuga			
2.44	Lavador de microplacas			
2.45	Incubadora de hasta 200 grados C			
2.46	Citómetro de flujo			
2.47	Procesador de líquido para citología			

2.7 Equipos minimos Requeridos en la Morgue

		SI	NO	Observaciones
2.42	Mesa de necropsia con sistema de drenaje conectada a agua corriente			
2.43	Refrigerador para cadáver			
2.44	Costótomo			
2.45	Sierra			
2.46	Gastrotomo			
2.47	Juego de pinzas de disección			
2.48	Mango de Bisturí			
2.49	Tijeras			
2.50	Equipo de sutura			
2.51	Ropa quirúrgica			
2.52	Zafacones con fundas codificadas por color			

3. Documentacion

3.1 Manuales

		SI	NO	Observaciones
3.1	Manual de procedimientos técnicos			
3.2	Manual de procedimientos Administrativos			
3.3	Manual de Bioseguridad			
3.4	Manual de Calidad			
3.5	Manual de operaciones del equipo que contenga:			
3.6	a) Introducción y descripción del instrumento.			
3.7	b) Principios de operación y su descripción acompañada de diagramas.			
3.8	c) Requisitos físicos para su ubicación			
3.9	d) Datos técnicos y especificaciones.			
3.10	e) Precauciones de operación.			
3.11	f) Instrucciones de operación para el procesamiento de muestras.			
3.12	g) Descripción de los módulos de salida.			
3.13	h) Guía para solución de problemas por averías.			
3.14	i) Información de servicios para reparaciones.			
3.15	j) Manual de servicio.			
3.16	k) Guía para la solución rápida de averías.			
3.17	l) Dirección y número telefónico de los fabricantes y representantes locales.			
3.18	m) Contrato de servicio.			
3.19	n) Garantía del equipo			
3.20	Manual de gestion de Residuos peligrosos			

3.2 Registros y Reportes

		SI	NO	Observaciones
3.21	Registro de equipos que contenga:			
3.22	a) Nombre del equipo.			
3.23	b) Nombre del fabricante			
3.24	c) La identificación del tipo o Modelo			
3.25	d) Número de serie o Cualquier otra identificación univoca			
3.26	e) Fecha de recepción			
3.27	f) Fecha de puesta en servicio			
3.28	g) Estado en el momento de la recepción (nuevo, usado, reacondicionado).			
3.29	h) Detalles concernientes al mantenimiento efectuado hasta ese momento			
3.30	i) Detalles concernientes al mantenimiento previsto para el futuro.			
3.31	j) Historia de cualquier daño, mal funcionamiento, modificación o reparación.			
3.32	Reporte de Resultados que contenga:			
3.33	a) Identificación del laboratorio .			
3.34	b) Identificación del informe del laboratorio clínico o nombre de las pruebas o cuantificaciones realizadas.			
3.35	c) Identificación del solicitante con su nombre completo escrito en letra legible.			
3.36	d) Número de registro o identificación única que conste en todas sus páginas.			
3.37	e) Destino del informe del laboratorio			
3.38	k) Resultados.			
3.39	l) Intervalos de referencias para el método analítico.			
3.40	m) Fecha de emisión de los resultados.			
3.41	n) Identificación del responsable de la realización de las pruebas del Encargado del Área o del Encargado del Laboratorio o Director Técnico.			

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	