

FORMULARIO GUIA DE INSPECCION SERVICIOS DE QUIMIOTERAPIA

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 Especialistas en Oncología Clínica		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 pisos, paredes y techos plomados.			
1.2	Ambiente para Consulta Externa			
1.3	Salas para Hospitalización			
1.4	Ambiente para Quimioterapia			
1.5	Estación de enfermería ubicada en lugar estratégico que permite el control visual de usuarios,			
1.6	Los ambientes de las área clínicas, protegen la intimidad y privacidad auditiva y visual del usuario			
1.7	Área de vestidor con gabinetes para uso del personal			
1.8	Sala o área para descanso del personal			
1.9	Área para almacenar materiales de uso constante en la unidad			
1.10	Instalación eléctrica para suministro desde planta eléctrica de emergencia o grupo electrógeno, en todo el servicio			

2. Equipamiento y Suministros

2.1 Climatizacion

		SI	NO	Observaciones
2.1	Aire acondicionado o ventilador funcionando			

2.2 Sistema contra incendios

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

2.3 Sistema de iluminacion de emergencia

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

2.3	Equipo de iluminación de emergencia, funcionando, encendido automático ante cortes de energía eléctrica			
-----	---	--	--	--

2.4 Equipos y Materiales del Area Adminstrativa

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

2.5 Equipos Especificos Area de Quimioterapia

		SI	NO	Observaciones
2.10	Sofás reclinables en buenas condiciones			
2.11	Atriles, en número suficiente para las necesidades del servicio			
2.12	Televisor o equipo de sonido			
2.13	Mesas de noche			
2.14	Carro de curaciones			
2.15	Mesas para preparación de mezclas			
2.16	Recipiente recolector de jeringas usadas			
2.17	Recipiente recolector de agujas usadas o destructor de agujas			
2.18	Recipientes de acero inoxidable con tapadera			
2.19	Riñoneras			

3. Documentación y Normas

3.1 Documentación

		SI	NO	Observaciones
3.1	Manual de Normas y Procedimientos oncológicos: Quimioterapia			
3.2	Manual de Organización y Funciones de Departamento			
3.3	Manuales con instrucciones a seguir para casos de emergencia en la unidad de quimioterapia.			
3.4	Protocolos sobre procedimientos y atención del usuario de Quimioterapia			
3.5	Tablas de conversión de peso, kilogramos a libras y viceversa, colocadas o fijas 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	