

FORMULARIO GUIA DE INSPECCION DE QUIROFANO O SALA DE OPERACIONES DE CIRUGIA AMBULATORIA

A- Codigo

--	--	--	--	--	--

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 con Especialidad en cirugía		Observaciones
T.2	Número de Licenciadas en Enfermería Especializada en Cirugía Formación en soporte vital básico y avanzado		
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

		SI	NO	Observaciones
1.1	Dimension minima de entre 20 a 28 mts2			

1.2 Paredes y techo

		SI	NO	Observaciones
1.2	Paredes y Techo con pintura epoxica, antibacterial y retardante al fuego			

1.3 Pisos

		SI	NO	Observaciones
1.3	Pisos asepticos:			
1.4	a) Antiestaticos			
1.5	b) Planos			
1.6	c) Impermeables			
1.7	d) Inalterables			
1.8	e) Resistentes			
1.9	f) Con esquinas redondeadas			

1.4 Climatizacion

		SI	NO	Observaciones
1.10	Sistema de aire acondicionado con flujo de aire que utilicen filtro de intercambio tipo HEPA.			

2. Equipamiento

2.1 Sistema de Gases Medicinales

		SI	NO	Observaciones
2.1	Gases medicinales: central de gases medicinales o tanques individuales			

2.2 Iluminacion

		SI	NO	Observaciones
2.2	Lámpara quirúrgica fija de techo, de potencia media			
2.3	a) De techo			
2.4	b) De potencia media			
2.5	Luces de emergencia			

2.3 Equipos Biomedicos

		SI	NO	Observaciones
2.6	Negatoscopio de 4 campos			
2.7	Reloj de pared digital			
2.8	Electro bisturí mono/bipolar de potencia alta			
2.9	Esfigmomanómetro rodable			
2.10	Estetoscopio			
2.11	Mesa de operaciones hidráulica de uso básico			
2.12	Monitor adulto/pediátrico de 7 parámetros			
2.13	Pulsioxímetro de adulto/ pediátrico			
2.14	Bomba de infusión de 2 canales, de modo macro y micro			

2.4 Aspirador de secreciones eléctrico

		SI	NO	Observaciones
2.15	a) Rodable			
2.16	b) Conectado a Red de vacio			

2.5 Carro de paro

		SI	NO	Observaciones
2.17	Ambu			
2.18	Fuente de oxigeno			
2.19	Laringoscopio con baterias			
2.20	Baterias de repuesto para el laringoscopio			
2.21	Canulas de mayo			
2.22	Canulas endotraqueales			
2.23	Electrocardiografo			
2.24	Desfibrilador			
2.25	Adrenalina			
2.26	Tromboliticos (Estreptocinasa, rTPA)			
2.27	Antihipertensivos Antagonistas de Calcio (Nifedipina,			
2.28	Nitratos			
2.29	Antiarritmicos			

2.6 Soluciones fisiologicas

		SI	NO	Observaciones
2.30	Bicarbonato de Sodio (NaCO ₃)			
2.31	Solucion Lactato en ringer			
2.32	Solucion Salina 0.9%			
2.33	Dextrosa al 5%			
2.34	Dextrosa al 10%			
2.35	Manitol al 18%			

2.7 Cubo para desperdicios

		SI	NO	Observaciones
2.36	a) Metalico			
2.37	b) Con tapa accionada a pedal			

2.8 Set de muebles de quirófano

		SI	NO	Observaciones
2.38	Taburete giratorio			
2.39	Taburete giratorio para anestesiolego			
2.40	Mesa para anestesia			

2.9 Mesa Multiuso

		SI	NO	Observaciones
2.41	a) Rodable			
2.42	b) De acero inoxidable			

2.10 Banquillo Para sala de operaciones

		SI	NO	Observaciones
2.43	a) Metalico			
2.44	b) De 1 peldaño			

2.11 Mesa de curaciones

		SI	NO	Observaciones
2.45	a) Metalica			
2.46	b) De acero inoxidable			

2.12 Instrumental quirurgico

		SI	NO	Observaciones
2.47	Instrumental e insumo quirúrgico de acuerdo al nivel de complejidad y los procedimientos realizados			

3. Gestion y Documentacion

		SI	NO	Observaciones
3.1	Libro de registro de Sala de Cirugia			
3.2	Libro de registro de Anestesiologia			

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	