

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

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 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 mts ² | | | |

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 | Esfigmomanómetro rodable | | | |
| 2.9 | Estetoscopio | | | |
| 2.10 | Mesa de operaciones hidráulica de uso básico | | | |

2.4 Aspirador de secreciones eléctrico

| | | SI | NO | Observaciones |
|------|-----------------------------|----|----|---------------|
| 2.11 | a) Rodable | | | |
| 2.12 | b) Conectado a Red de vacio | | | |

2.5 Soluciones fisiologicas

| | | SI | NO | Observaciones |
|------|------------------------------|----|----|---------------|
| 2.13 | Bicarbonato de Sodio (NaCO3) | | | |
| 2.14 | Solucion Lactato en ringer | | | |
| 2.15 | Solucion Salina 0.9% | | | |
| 2.16 | Dextrosa al 5% | | | |
| 2.17 | Dextrosa al 10% | | | |
| 2.18 | Manitol al 18% | | | |

2.6 Cubo para desperdicios

| | | SI | NO | Observaciones |
|------|-------------------------------|----|----|---------------|
| 2.19 | a) Metalico | | | |
| 2.20 | b) Con tapa accionada a pedal | | | |

2.7 Set de muebles de quirófano

| | | SI | NO | Observaciones |
|------|--|----|----|---------------|
| 2.21 | Taburete giratorio | | | |
| 2.22 | Taburete giratorio para anestesiolego (opcional) | | | |
| 2.23 | Mesa para anestesia (opcional) | | | |

2.8 Mesa Multiuso

| | | SI | NO | Observaciones |
|------|------------------------|----|----|---------------|
| 2.24 | a) Rodable | | | |
| 2.25 | b) De acero inoxidable | | | |

2.9 Banquillo Para sala de operaciones

| | | SI | NO | Observaciones |
|------|-----------------|----|----|---------------|
| 2.26 | a) Metalico | | | |
| 2.27 | b) De 1 peldaño | | | |

2.10 Mesa de curaciones

| | | SI | NO | Observaciones |
|------|------------------------|----|----|---------------|
| 2.28 | a) Metalica | | | |
| 2.29 | b) De acero inoxidable | | | |

2.11 Instrumental Quirurgico

| | | SI | NO | Observaciones |
|------|---|----|----|---------------|
| 2.30 | Microscopio quirurgico | | | |
| 2.31 | Facoemulsificador | | | |
| 2.32 | Instrumento de cauterizacion | | | |
| 2.33 | Blefarostato o especulo palpebral | | | |
| 2.34 | Pinzas adecuadas para cirugia oftalmica | | | |
| 2.35 | Compas u otro instrumento de medicion en milimetros | | | |

2.12 Equipos Requeridos para Cirugia de Retina

| | | SI | NO | Observaciones |
|------|---|----|----|---------------|
| 2.36 | Monitor adulto/pediátrico de 7 parámetros | | | |
| 2.37 | Pulsioxímetro de adulto/ pediátrico | | | |
| 2.38 | Bomba de infusión de 2 canales, de modo macro y | | | |
| 2.39 | Vitrectomo | | | |

2.13 Carro de paro (solo aplica para centros con cirugia de retina)

| | | SI | NO | Observaciones |
|------|---|----|----|---------------|
| 2.40 | Ambu | | | |
| 2.41 | Fuente de oxigeno | | | |
| 2.42 | Laringoscopio con baterias | | | |
| 2.43 | Baterias de repuesto para el laringoscopio | | | |
| 2.44 | Canulas de mayo | | | |
| 2.45 | Canulas endotraqueales | | | |
| 2.46 | Electrocardiografo | | | |
| 2.47 | Desfibrilador | | | |
| 2.48 | Adrenalina | | | |
| 2.49 | Tromboliticos (Estreptocinasa, rTPA) | | | |
| 2.50 | Antihipertensivos Antagonistas de Calcio (Nifedipina, | | | |
| 2.51 | Nitratos | | | |
| 2.52 | Antiarritmicos | | | |

2.14 Instrumentos para Cirugia Laser

| | | SI | NO | Observaciones |
|------|--|----|----|---------------|
| 2.53 | Unidad de excimer láser compuesta por: mesa o silla reclinable, microscopio, computador, monitor y microquerátomo. | | | |

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 | |