

FORMULARIO GUIA DE INSPECCION DEL SERVICIO DE REPRODUCCION ASISTIDA

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 Reproduccion Asistida y Fertilidad		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

		SI	NO	Observaciones
1.1	Buena ventilacion			
1.2	Iluminacion 500-600 luxes			
1.3	Mobiliario para almacenamiento documental en material no poroso.			
1.4	Set informático			
1.5	Computadora fija o portátil			
1.6	Impresora propia o común			
1.7	Set de oficina: escritorio preferiblemente metálico, con cajones o gavetas, silla rodable y sillas apilables, papelera con bolsa plástica			

2. Sala de Procedimientos

		SI	NO	Observaciones
2,1	Vestidor			
2,2	Sala de espera			
2,3	Área de atención y examen clínico			
2,4	Disponibilidad de baño			
2,5	Cama multipropósito con baranda de seguridad			
2,6	Incubadora Trigas (Una por cada 100 muestras)			
2,7	Incubadora de CO2 (Una por cada 100 muestras)			
2,8	Camaras de flujo Laminar con superficie calefactada			
2,9	Microscopio de contraste de fases			
2,10	Microscopio Invertido que contenga			
2,11	Camara de Video			
2,12	Monitor			
2,13	Elementos de Micromanipulacion			
2,14	Recipientes criogénicos para el almacén de embriones, ovocitos y muestras			
2,15	Recipientes criobiológicos para nitrógeno líquido			
2,16	Centrifuga			
2,17	Camara Makler para recuento de Espermatozoides			

2,18	Contador de celulas hematopoyeticas		
2,19	Pipetas Automaticas		
2,20	Baño Maria con termometro		
2,21	Sellador térmico de pajuelas para la congelación de		
2,22	Frigorífico con congelador para el uso exclusivo del laboratorio.		
2,23	Equipos de monitorización y control de parámetros ambientales (Termostato)		
2,24	Sistema de energía eléctrica alterna		
2,25	Estación de gases situada fuera del laboratorio para suministro de los incubadores. Esta estación debe		
2,26	Botella de CO2		
2,27	Una Botella de N2 que proporciona suministro al incubador trigas		
2,28	Recipiente para desechos punzo-cortantes		

3. Gestion y Documentación

		SI	NO	Observaciones
3.1	Norma nacional de salud			
3.2	Manual de procedimientos administrativos			
3.3	Manual de procedimientos Clinicos (debe incluir los aspectos legales a considerar en cada tecnica)			
3.4	Manual de procedimientos tecnicos			
3.5	Protocolo legal para donacion de Esperma			
3.6	Protocolo legal para donacion de ovulos			
3.7	Protocolo legal para conservacion y custodia de Ovulos			
3.8	Protocolo legal para conservacion y custodia de espermatozoides			
3.9	Protocolo legal para conservacion y custodia de embriones			
3.10	Registro de la trazabilidad de Especimenes			
3.11	Registro de Donantes (digital y fisico)			

3.12	Registro de destino de especímenes (digital y físico) debe incluir:		
3.13	Dato del Receptor		
3.14	Resultados		
3.15	Normas de procedimientos de bioseguridad		
3.16	Normas para la Prevención y Control de Infecciones en Establecimientos de Salud del Ministerio de Salud Pública.		
3.17	Formulario de Notificación obligatoria de enfermedades Infectocontagiosas		
3.18	Protocolo de Higiene y limpieza		
3.19	Formulario de Control de calidad de los equipos		
3.20	Matriz de fumigación (fecha, fumigador, producto utilizado, antídoto del mismo y áreas fumigadas)		
3.21	Matriz de mantenimiento preventivo y correctivo de equipos		
3.22	Plan de mejoramiento de la calidad en el servicio		

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