

FORMULARIO GUIA DE INSPECCION EVALUACION GENERAL DE RESONANCIA MAGNETICA

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 Imagenologo o Radiologo		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 e Instalaciones

1.1 Dimensiones

		SI	NO	Observaciones
1.1	Sala De Resonancia Magnética 50.04 m2			
1.2	Area de Equipos 9.54 m2			
1.3	Control De Resonancia Magnética 9.54 m2			

1.2 Areas o Ambientes

		SI	NO	Observaciones
1.4	Sala de esperas			
1.5	Los ambientes permiten proteger la intimidad y privacidad auditiva y visual del usuario			
1.6	Área de ubicación de la consola de disparo ventilada, con protección			
1.7	Area de Equipos			
1.8	Área para facilidades del trabajo administrativo			
1.9	Estaciones de visualización			
1.10	Sala De Resonancia Magnética			
1.11	Área para vestidor de usuarios			
1.12	Área para depósito de materiales de uso común en el servicio			
1.13	Control De Resonancia Magnética			

1.3 Acabado

		SI	NO	Observaciones
1.14	Paredes y puertas emplomadas, grosor y características de acuerdo a la emisión de radiaciones electromagnéticas			

1.4 Instalaciones de Gases Medicinales

		SI	NO	Observaciones
1.15	Unidad de aspiración para ser conectada a la red de vacío			
1.16	Flujómetro con humidificador para la red de oxígeno			
1.17	Salida toma mural del aire medicinal			

1.5 Instalacion Electrica

		SI	NO	Observaciones
1.18	Equipo de iluminación de emergencia, funcionando, encendido automático ante cortes de energía eléctrica			
1.19	Tomacorriente de Grado Hospitalario con brakets integrado			

1.6 Sistema Contra Incendio

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

1.7 Climatizacion

		SI	NO	Observaciones
1.21	Aire acondicionado			

2. Equipos Biomedicos - Mobiliario de Oficina y Suministros

2.1 Equipamiento Biomedico

		SI	NO	Observaciones
2.1	Resonador magnético			
2.2	Negatoscopio			

2.2 Area Administrativa

		SI	NO	Observaciones
2.3	Papelera metálica			
2.4	Silla metálica giratoria rodable			
2.5	Unidad de computadora personal			

2.3 Accesorios para Area de Imágenes

		SI	NO	Observaciones
2.6	Banco de madera o mdf o similar para desvestir			
2.7	Percha metálica de pared de 4 ganchos			
2.8	Lampara de aviso			

3. Normas y Documentacion

3.1 Normas y Documentacion

		SI	NO	Observaciones
3.1	Registro de resultados de la comprobación de los dispositivos de seguridad con un mínimo de dos años			
3.2	Manual de Normas y Procedimientos Técnicos de Resonancia Magnetica			
3.3	Control de calidad de los equipos Reportes periódicos sobre mantenimiento preventivo del equipos			
3.4	Registro de las pruebas de fuga			
3.5	Constancia de comprobación diaria de las alarmas de los equipos.			
3.6	Registro de la calibración de los equipos de monitoreo y comprobación diaria			
3.7	Registro del personal de reciente incorporación y del programa de entrenamiento anual de todo el personal			
3.8	Copia de los informes de monitoreo radiológico realizados			
3.9	Procedimientos en caso de accidentes de trabajo de acuerdo a lo dispuesto por la Comisión Nacional de			
3.10	Control de Fumigacion			
3.11	Plan de mejora			

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	