

FORMULARIO GUIA DE INSPECCION EVALUACIÓN GENERAL DE TOMOGRAFIA COMPUTARIZADA

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 Imagenólogos o Radiólogos		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	Dimensiones 40.32 m2			
1.2	La construcción del ambiente cumple con las normas de protección radiológica: Paredes, techos, puertas, pisos			

1.2 Areas o Ambientes

		SI	NO	Observaciones
1.3	Sala de esperas			
1.4	Los ambientes permiten proteger la intimidad y privacidad auditiva y visual del usuario			
1.5	Área de ubicación de la consola de disparo ventilada, con protección radiológica (vidrio plomado que permita la observación del paciente)			
1.6	Área para facilidades del trabajo administrativo			
1.7	Estaciones de visualización			

1.3 Acabado

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

1.4 Instalaciones de Gases Medicinales

		SI	NO	Observaciones
1.9	Unidad de aspiración para ser conectada a la red de vacío			
1.10	Flujómetro con humidificador para la red de oxígeno			
1.11	Salida toma mural del aire medicinal			

1.5 Instalacion Electrica

		SI	NO	Observaciones
1.12	Equipo de iluminacion de emergencia, funcionando, encendido automatico.			
1.13	Toma Corriente Grado Hospitalario			

1.6 Sistema contra Incendios

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

1.7 Climatizacion

		SI	NO	Observaciones
1.15	Aire acondicionado			

2. Equipos Biomedicos - Mobiliario de Oficina y Suministros

2.1 Equipamiento Biomedico

		SI	NO	Observaciones
2.1	Unidad de tomografía helicoidal completo			
2.2	Carro de paro equipado			

2.2 Elementos de Proteccion Radiologicas

		SI	NO	Observaciones
2.3	Equipo personal de protección radiológica			
2.4	Equipo personal de protección radiológica Delantal			
2.5	Equipo personal de protección radiológica collar			
2.6	Equipo personal de protección radiológica guantes			
2.7	Equipo personal de protección radiológica caretas o lentes			
2.8	Dosímetro para medición de la radiación recibida por los trabajadores. Uno por cada trabajador			

2.3 Mobiliario Administrativo

		SI	NO	Observaciones
2.9	Escritorio			
2.10	Silla metálica rodable			
2.11	Meseta de madera con cajones y abierto abajo,			
2.12	Archivo metálico			
2.13	Anaqueles en número suficiente para almacenar			

2.4 Mobiliario Clinico

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

2.14	Portasueros			
2.15	Mesa de mayo			

2.5 Accesorios para Area de Imágenes

		SI	NO	Observaciones
2.16	Cortina de lino plastificado o similar incluye riel			
2.17	Banco de madera o mdf o similar para desvestir			
2.18	Percha metálica de pared de 4 ganchos			
2.19	Lampara de aviso			

3. Normas y Documentacion

3.1 Normas y Documentacion

		SI	NO	Observaciones
3.1	Certificacion de la Comision Nacional de Energia			
3.2	Registro de resultados de la comprobación de los dispositivos de seguridad con un mínimo de dos años			
3.3	Normas y Protocolos de Bioseguridad Manual de procedimientos para la disposición final de material radiactivo (Aplica si oferta medicina nuclear)			
3.4	Manual de Normas y Procedimientos Técnicos de Radiodiagnóstico			
3.5	Control de calidad de los equipos Reportes periódicos sobre mantenimiento preventivo del equipos			
3.6	Registro de las pruebas de fuga			
3.7	Lecturas del dosímetro personal Registro de las dosis individuales y dosímetros			
3.8	Constancia de comprobación diaria de las alarmas de los equipos.			
3.9	Registro de la calibración de los equipos de monitoreo y comprobación diaria			
3.10	Registro del personal de reciente incorporación y del programa de entrenamiento anual de todo el personal			
3.11	Programa de vigilancia radiológica.			
3.12	Copia de los informes de monitoreo radiológico realizados			
3.13	Procedimientos en caso de accidentes de trabajo de acuerdo a lo dispuesto por la Comisión Nacional de			
3.14	Control de Fumigacion			
3.15	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	