

## FORMULARIO GUIA DE INSPECCION DE SERVICIO DE TRANSFUSION

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**

<b>K.1-</b> Hospital ( )	<b>K.2-</b> Clínica ( )	<b>K.3-</b> Centro Médico ( )	<b>K.4-</b> Otros* ( )
--------------------------	-------------------------	-------------------------------	------------------------

**L- Dirección de Salud**

<b>L.1-</b> Regional _____	<b>L.2-</b> Provincia _____	<b>L.3-</b> Área _____
----------------------------	-----------------------------	------------------------

Para uso de la DHA

**M- Sector del Sistema Nacional de Salud**

<b>M.1-</b> Público ( )	<b>M.2-</b> Privado ( )
-------------------------	-------------------------

**N- Sector al que pertenece si es Público**

<b>N.1-</b> SNS ( )	<b>N.2-</b> MDRD ( )	<b>N.3-</b> PN ( )	<b>N.4-</b> Otros ( ) _____
---------------------	----------------------	--------------------	-----------------------------

**O- Sector al que pertenece si es Privado**

<b>O.1-</b> Privado Lucrativo ( )	<b>O.2-</b> ONG ( )	<b>O.3-</b> Otros ( ) _____
-----------------------------------	---------------------	-----------------------------

**P- Horario de Servicio**

<b>P.1-</b> 4hrs. ( )	<b>P.2-</b> 8 hrs. ( )	<b>P.3-</b> 12 hrs. ( )	<b>P.4-</b> 24 hrs. ( )
-----------------------	------------------------	-------------------------	-------------------------

**Q- Fecha de Instalación**

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

Escriba la Fecha de Apertura

**R- PROPIETARIO DEL ESTABLECIMIENTO**

<b>R.1</b>	Nombre(s)	
<b>R.2</b>	Apellido(s)	
<b>R.3</b>	Cédula de Ident. y Electoral	
<b>R.4</b>	Dirección (Calle y Número)	
<b>R.5</b>	Barrio o Sector	
<b>R.6</b>	Municipio	
<b>R.7</b>	Provincia	
<b>R.8</b>	Teléfono(s)	
<b>R.9</b>	Celular	
<b>R.10</b>	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 Hematólogo o Hemoterapia o Medicina Transfuncional		<b>Observaciones</b>
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 y Ambientes

		SI	NO	Observaciones
1.1	Área para recepción de productos sanguíneos e insumos, con mobiliarios tipo meseta, material de acero no poroso, no corrosivo y de fácil desinfección.			
1.2	Área separadas para procedimientos técnicos e inmunohematológicas, de por lo menos 10 mt <sup>2</sup> .			
1.3	Área diferenciada para conservación de Hemocomponentes.			
1.4	Condiciones para almacenamiento de insumos.			
1.5	Baños disponible para uso del personal y los usuarios dentro del servicio de atención.			
1.6	Área para descanso del personal.			
1.7	Área para manejo y disposición de residuos dentro del servicio de atención.			

## 2. Equipamiento

		SI	NO	Observaciones
2.1	Refrigerador para banco de sangre con rango de temperatura de 2 a 6 °C, con capacidad de 50 a 100 unidades			
2.2	Refrigerador para almacenamiento de reactivos con un rango de temperatura de 2 a 6 °C.			
2.3	Refrigerador para almacenamiento de muestras con rango de temperatura de 2 a 6 °C.			
2.4	Congelador con un rango de temperatura de -30 a -40 °C, capacidad mínima de 30 unidades			
2.5	Baño Descongelador para plasma, capacidad mínima para 6 unidades, rango de temperatura de 5 a - 35 °C,			
2.6	Baño María seco o húmedo capacidad mínima de 3 - 5 litros, con rango de temperatura entre 25 - 100 °C.			
2.7	Centrífuga convencional con capacidad mínima para 8 tubos 13 x 100 mm, rango de velocidad máxima 5000 RPM			
2.8	Centrífuga Serofuge o Lavadora de glóbulos con capacidad mínima para 8 tubos 12 x 75 mm.			
2.9	Agitador de Plaquetas con capacidad mínima para 15 unidades, Rango temperatura 22 mas o menos 1 y 70 u 80 RPM			

2.10	Microscopio binocular con objetivos de 10X, 20X, 40X y 100X.		
2.11	Reloj de laboratorio con alarma y capacidad de marcar al menos 2 horas.		
2.12	Pipetas automáticas con capacidad de medir de 10-100 µl, 100-500 µl, 500-1,000 µl y 1,000-5,000 µl.		
2.13	Autoclave para desechos, capacidad mínima de 20 litros.rango de temperatura entre 105 - 138 °C		
2.14	Intrumentos tipos quirurgicos suficientes (pinzas suficientes, y tijeras de acero inoxidable)		
2.15	Balanza con pantalla digital y que muestre peso y volumen con precisión mas o menos un gramo/ml		
2.16	Sellador de bolsas electrónico o mecánico.		
2.17	Gradillas de polipropileno o acero inoxidable (según volumen de trabajo).		
2.18	Equipo informáticos (CPU, Monitor, teclado, Mouse, UPS) Suficientes según la complejidad del servicio		

### 3. Mobiliario e Insumos

#### 3.1 Mobiliario General

		SI	NO	Observaciones
3.1	Meseta de acero inoxidable, granito o mármol cristalizado, de superficie lisa y fácil desinfección, con espacio para colocar las piernas			
3.2	Moviliario para almacenamiento de reactivos e insumos , fabricado en material no poroso, no corrosible y de facil desinfeccion.			
3.3	Lavamanos con dispensadores de jabon y papel toalla o secador de manos, en las áreas criticas de producción (inmunoematología, Recepción de unidades y muestras de sangre, y otras).			
3.4	Fregadero con solución desinfectante disponible en las áreas analíticas.			
3.5	Tomacorriente por lo menos cada dos metros.			
3.6	Sillas o taburete fabricados en material no poroso para áreas técnicas.			
3.7	Contenedores para movilización de bolsas de sangre, fabricados en material rigido, de facil limpieza y desinfeccion, con tapa e identificado			
3.8	Depósito de elementos corto punzantes fabricado en material rigido			
3.9	Zafacones con tapa e identificados, diferenciados para desechos infecciosos y solidos comunes			

### 3.2 Mobiliarios de uso Administrativo

		SI	NO	Observaciones
3.10	Escritorio para oficina.			
3.11	Sillas ergonómicas de material no poroso.			

### 3.3 Reactivos para pruebas inmunohematológicas

		SI	NO	Observaciones
3.12	Anti- A			
3.13	Anti-B			
3.14	Anti-A,B			
3.15	Anti-D			
3.16	Albumina Bovina al 22 %			
3.17	Antiglobulina humana o suero de Coombs			
3.18	Otros (especificar cuales utilizan de acuerdo a la metodologia utilizada)			

### 3.4 Equipos de Proteccion Personal

		SI	NO	Observaciones
3.19	Guantes desechables			
3.20	Batas manga larga			
3.21	Mascarillas			
3.22	Gorros			
3.23	Tarjeta con esquema de vacunación del personal			
3.24	Botiquín de primeros auxilios conteniendo materiales e insumos básicos.			

## 4. Gestion y Documentación

### 4.1 Documentación

		SI	NO	Observaciones
4.1	Ley General de Salud (No. 42-01)			
4.2	Ley que crea el Sistema Dominicano de Seguridad Social (No. 87-01)			
4.3	Resolucion Ministerial 000017-2019 que aprueba el Reglamento de Habilitación para Servicios de Sangre.			
4.4	Norma de Promoción de la Donación Voluntaria			
4.5	Guía de uso clínico de sangre y componentes			
4.6	Material educativo relativo a la donación altruista y voluntaria de sangre.			

### 4.2 Gestion

		SI	NO	Observaciones
4.7	Procedimiento de Colecta o extracción de sangre y componentes			
4.8	Procedimiento de Recepción de componentes sanguíneos, almacenamiento, distribución y hemovigilancia.			
4.9	Manual de Procesamiento de pruebas inmunohematológicas e inmunoserológicas.			
4.10	Procedimiento para preservación de componentes sanguíneos.			
4.11	Manual de higiene y bioseguridad.			
4.12	Formulario de consentimiento informado y autoexclusión.			
4.13	Formulario para evaluación y selección de Donantes.			
4.14	Formularios para reporte de resultados de pruebas inmunohematológicas e inmunoserológicas.			
4.15	Formulario para el control de calidad de reactivos y equipos.			
4.16	Tarjeta o formularios de solicitud y entrega de unidades de componentes sanguíneos.			
4.17	Sistema para el registro de los procesos administrativos y técnicos			
4.18	Registro de Donantes Voluntarios			
4.19	Registro para el control de entrada y salida de sangre y componentes sanguíneos.			
4.20	Tarjeta de identificación de Donantes voluntarios			
4.21	Etiquetas adhesivas para identificación de bolsas de sangre o componentes con los colores según la norma vigente.			

Con mi Nombre y Firma, Declaro que toda la Información que se ha Suministrado es Verídica

_____ <b>Nombre del Director Médico</b>	_____ <b>Firma del Director Médico</b>
_____ <b>Nombre del Inspector/a y/o Supervisor</b>	_____ <b>Firma del Inspector/a y/o Supervisor</b>
_____	_____
_____	_____
<b>Fecha:</b> _____	<b>Hora de Inspección:</b> _____
<b>Para uso exclusivo de la DHA</b>	