

FORMULARIO GUÍA DE INSPECCIÓN DE SERVICIO DE TRASPLANTE

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 Trasplante		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	Dimension minima de entre 40 a 50 mts2			
1.2	Paredes y Techo con pintura epoxica, antibacterial y retardante al fuego			
1.3	Pisos asepticos			
1,4	Antiestaticos			
1,5	Planos			
1,6	Impermeables			
1,7	Inalterables			
1,8	Resistentes			
1,9	Con esquina redondeadas			
1,10	Sistema de aire acondicionado con flujo de aire que utilicen filtro de intercambio tipo HEPA.			

2. Equipamiento

		SI	NO	Observaciones
2,1	Gases medicinales: central de gases medicinales o tanques individuales			
2,2	Lámpara quirúrgica fija de techo, de potencia media			
2,3	De Techo			
2,4	De Potencia Media			
2,5	Negatoscopio de 4 campos			
2,6	Reloj de pared digital			
2,7	Aspirador de secreciones eléctrico			
2,8	Rodable			
2,9	Conectado a Red de Vacio			
2,10	Bomba de infusión de 2 canales, de modo macro y micro			
2,11	Carro de Paro			
2,12	Ambu			
2,13	Fuente de oxigeno			
2,14	Laringoscopio con baterias			
2,15	Baterias de repuesto para el laringoscopio			
2,16	Canulas de mayo			
2,17	Canulas endotraqueales			

2,18	Electrocardiografo		
2,19	Desfibrilador		
2,20	Adrenalina		
2,21	Dobutamina		
2,22	Dopamina		
2,23	Tromboliticos (Estreptocinasa, rTPA)		
2,24	Antihipertensivos Betabloqueantes (Propranolol, atenolol, entre otros)		
2,25	Antihipertensivos Antagonistas de Calcio (Nifedipina,		
2,26	Nitroprusiato		
2,27	Nitroglicerina		
2,28	Amiodarona		
2,29	Lidocaina		
2,30	Digoxina		
2,31	Diazepam		
2,32	Midazolam		
2,33	Antihistaminicos		
2,34	Fenitoina		
2,35	Naloxona		
2,36	Nalbufin		
2,37	Flumaceniil		
2,38	Fentanil		
2,39	Relajantes Musculares (Succinil Colina, Bromuro de Vecuronio, entre otros)		
2,40	Esteroides (Hidrocortisona, Metilprednisolona, Dexametazona, etc.)		
2,41	Furosemida		
2,42	Broncodilatadores (Salbutamol, Aminofilina, Teofilina)		
2,43	Heparina Sodica		
2,44	Cloruro de Potasio (KCL)		
2,45	Bicarbonato de Sodio (NaCO3)		
2,46	Solucion Lactato en ringer		
2,47	Solucion Salina 0.9%		
2,48	Dextrosa al 5%		
2,49	Dextrosa al 10%		
2,50	Manitol al 18%		
2,51	Bandeja de traqueotomia		
2,52	Guias Metalicas		
2,53	Sondas de aspiracion		
2,54	Mascarillas de Oxigeno		
2,55	Sets de Venocclisis		
2,56	Regla para medir Presion venosa central		
2,57	Electrocardiografo		

2,58	Electro bisturí mono/bipolar de potencia alta		
2,59	Esfigmomanómetro rodable		
2,60	Estetoscopio		
2,61	Maquina de Anestesia		
2,62	Sistema de monitoreo Electrocardiografico		
2,63	Oximetria		
2,64	Capnografia		
2,65	Flujometro Integrado		
2,66	Mesa de operaciones hidráulica de uso básico		
2,67	Monitor adulto/pediátrico de 7 parámetros		
2,68	Pulsioxímetro de adulto/ pediátrico		
2,69	Cubo para desperdicios		
2,70	Metalico		
2,71	Con tapa accionada a pedal		
2,72	Set de muebles de quirófano		
2,73	Mesa Multiuso		
2,74	Rodable		
2,75	De acero Inoxidable		
2,76	Mesa para anestesia		
2,77	Banquillo Para sala de operaciones		
2,78	Metalico		
2,79	Del Peldaño		
2,80	Taburete giratorio		
2,81	Taburete giratorio para anestesioologo		
2,82	Mesa de curaciones		
2,83	Metalica		
2,84	De acero Inoxidable		
2,85	Instrumental e insumo quirúrgico de acuerdo al nivel de complejidad y los procedimientos realizados		
2,86	Luces de emergencia		

3. Documentacion

		SI	NO	Observaciones
3.1	Formulario de Consentimiento informado del Donante			
3.2	Formulario de consentimiento informado del receptor			
3.3	Manual de Procedimientos Tecnicos			
3.4	Ley 329-98 sobre donacion de organos			

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	