

FORMULARIO GUIA DE INSPECCION DEL SERVICIO DE UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATAL (UCI)

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 Pediatra y cuidados intensivos Neonatal		Observaciones
T.2	Número de Licenciadas en Enfermería con Formación con Formación con cuidados intensivo, Neonatal y Soporte Netal Básico y avanzado a recién nacidos		
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	Minimo 5 recién nacidos (Solo en establecimientos de alta complejidad con sala de partos)			
1.2	12-16 m2 por cama			
1.3	Sala de Espera con			
1.4	Asientos Confortables			
1.5	Iluminación 500-600 luxes			
1.6	Disponibilidad de Agua Potable			
1.7	Disponibilidad de Baños			
1.8	Ventilación Adecuada			
1.9	Sala de Aislamiento diferenciada			
1.10	Estación de enfermería que cumpla con los requerimientos generales y específicos del presente reglamento			
1.11	Sala de procedimientos con			
1.12	Baño Exclusivo			
1.13	Sala de Espera			
1.14	Área de Atención y Examen Clínico			
1.15	Área de atención y examen clínico			
1.16	Disponibilidad de baño			
1.17	Cama Multipropósito			
1.18	Área de colocación temporal de cadáveres			
1.19	Privada			
1.20	Alejado del Flujo de Usuarios			
1.21	Alejado de Servicios Activos			

2. Equipamiento

		SI	NO	Observaciones
2.1	Cuna de calor radiante o cuna térmica			
2.2	Equipo de fototerapia con luz halógena			
2.3	Incubadora de transporte tipo estándar			
2.4	Incubadora neonatal abierta con calefacción eléctrica			
2.5	Bandeja de instrumental para procedimientos			
2.6	Stock de medicamentos e insumos generales			

2.7	Set para toma de muestra		
2.8	Sistema de climatización diferenciado de otras áreas,		
2.9	Negatoscopio de 4 campos		
2.10	Nevera para medicamentos		
2.11	Reloj de pared		
2.12	Nebulizador		
2.13	Equipo de rayos x portátil		
2.14	Aspirador de secreciones eléctrico		
2.15	Rodable (con Rueda)		
2.16	Conectado a la Red de Vacío		
2.17	Uno Por Cada Cama		
2.18	Bomba de Infusión de dos canales		
2.19	Modo Macro y Micro		
2.20	Una por cada Cama		
2.21	Lavamanos		
2.22	En Cerámica		
2.23	Con grifería Control de Codo o Muñeca		
2.24	Una en el Área de Enfermería		
2.25	Uno en el área de enfermería		
2.26	Panel cabecera (mural horizontal) que contenga		
2.27	Salida para Oxígeno		
2.28	Salida para Vacío		
2.29	Salida para Aire Medicinal		
2.30	Tomacorrientes Grado Hospitalario		
2.31	Porta Suero		
2.32	Interruptor o Equipo de llamada a Enfermeras		
2.33	Un estetoscopio por cada cama		
2.34	Flujómetro de Oxígeno		
2.35	Con Humidificador para la Red		
2.36	Uno Por Cada Cama		
2.37	Monitor neonatal		
2.38	De 5 Parámetros		
2.39	Con Electrocardiograma con Alarma		
2.40	Uno Por Cada Cama		
2.41	Set diagnóstico con		
2.42	Otoscopio		
2.43	Oftalmoscopio		
2.44	Retinoscopio		
2.45	Lámpara		
2.46	Ventilador Volumétrico adulto		
2.47	Una Unidad por cada 2 Camas		
2.48	Electrocardiograma		
2.49	De Cuatro canales		

2.50	Uno Por Cada Cama		
------	-------------------	--	--

		SI	NO	Observaciones
2.51	Mesa para alimentos			
2.52	Uno por Cada Cama			
2.53	Carro de paro			
2.54	Ambu			
2.55	Fuente de oxigeno			
2.56	Laringoscopio con baterias			
2.57	Baterias de repuesto para el laringoscopio			
2.58	Canulas de mayo			
2.59	Canulas endotraqueales			
2.60	Electrocardiografo			
2.61	Desfibrilador			
2.62	Adrenalina			
2.63	Dobutamina			
2.64	Dopamina			
2.65	Tromboliticos (Estreptocinasa, rTPA)			
2.66	Antihipertensivos Betabloqueantes (Propanolol, atenolol, entre otros)			
2.67	Antihipertensivos Antagonistas de Calcio (Nifedipina,			
2.68	Nitroprusiato			
2.69	Nitroglicerina			
2.70	Amiodarona			
2.71	Lidocaina			
2.72	Digoxina			
2.73	Diazepam			
2.74	Midazolam			
2.75	Antihistaminicos			
2.76	Fenitoina			
2.77	Naloxona			
2.78	Nalbufin			
2.79	Flumaceniil			
2.80	Fentanil			
2.81	Relajantes Musculares (Succinil Colina, Bromuro de Vecuronio, entre otros)			
2.82	Esteroides (Hidrocortisona, Metilprednisolona, Dexametazona, etc.)			
2.83	Furosemida			
2.84	Broncodilatadores (Salbutamol, Aminofilina, Teofilina)			
2.85	Heparina Sodica			

2.86	Cloruro de Potasio (KCL)		
2.87	Bicarbonato de Sodio (NaCO3)		
2.88	Solucion Lactato en ringer		
2.89	Solucion Salina 0.9%		
2.90	Dextrosa al 5%		
2.91	Dextrosa al 10%		
2.92	Manitol al 18%		
2.93	Bandeja de traqueotomia		
2.94	Guias Metalicas		
2.95	Sondas de aspiracion		
2.96	Mascarillas de Oxigeno		
2.97	Sets de Venocllisis		
2.98	Regla para medir Presion venosa central		

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