

FORMULARIO GUIA DE INSPECCION DEL SERVICIO DE CUIDADOS INTENSIVOS (UCI) PEDIATRICO

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 Cuidado intensivos General y Pediátrico		Observaciones
T.2	Número de Licenciadas en Enfermería con formación en cuidados intensivos pediátricos y soporte vital básico y avanzado		
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	Separada de las demas UCI			
1.2	17m2 por cama			
1.3	Sala de Espera con:			
1.4	Asientos confortables			
1.5	Iluminacion 500-600 luxes			
1.6	Disponibilidad de agua potable			
1.7	Disponibilidad de baños			
1.8	Ventilacion Adecuada			
1.9	Capacidad Esperada y el numero de camas de la unidad			
1,10	Sala de Aislamiento diferenciada			
1,11	Estacion de enfermeria que cumpla con los requerimientos generales y especificos del presente reglamento			
1,12	Sala de procedimientos con:			
1,13	Baño Exclusivo			
1,14	Vestidor Exclusivo			
1,15	Sala de Espera			
1,16	Área de atención y examen clínico			
1,17	Disponibilidad de baño			
1,18	Area de colocacion temporal de cadaveres			
1,19	Privada			
1,20	Alejado del flujo de usuario			
1,21	Alejada de servicios Activo			

2. Equipos

		SI	NO	Observaciones
2.1	Cama multipropósito			
2.2	Bandeja de instrumental para procedimientos menores, retiros de suturas y/o emergencias			
2.3	Stock de medicamentos e insumos generales			
2.4	Set para toma de muestra			
2.5	Sistema de climatización diferenciado de otras áreas, tipo HEPA			
2.6	Negatoscopio de 4 campos			
2.7	Nevera para medicamentos			
2.8	Reloj de pared			

2.9	Nebulizador		
2.10	Equipo de rayos x portátil		
2.11	Aspirador de secreciones eléctrico:		
2.12	Rodables (con Rueda)		
2.13	Conestado a la red de Vacío		
2.14	Una por cada cama		
2.15	Bomba de Infusión de dos canales:		
2.16	Modo macro y micro		
2.17	Uno Por Cada Cama		
2.18	Lavamanos:		
2.19	Fabricado en cerámica		
2.20	Con grifería control de codo o muñeca		
2.21	Uno en el Área de Enfermería		
2.22	Uno en el área de Vestidor		
2.23	Panel cabecera (mural horizontal) que contenga:		
2.24	Salida para oxígeno		
2.25	Salida para Vacío		
2.26	Salida para Aire Medicinal		
2.27	Toamacorrientes grado Hospitalario		
2.28	Porta Suero		
2.29	Interruptor o equipo de llamadas enfermeras		
2.30	Flujómetro de Oxígeno:		
2.31	Con humidificador para la red		
2.32	uno por cada cama		
2.33	Monitor de Cabecera:		

2.34	De 8 canales		
2.35	Con electrocardiografo con alarma		
2.36	uno por cada cama		
2.37	Ventilador Volumetrico Pediatrico :		
2.38	Una unidad por cada dos camas		
2.39	Electrocardiografo:		
2.40	de cuatro Canales		
2.41	Uno por cada cama		
2.42	Mantas termicas:		
2.43	Una manta termica por cada cama		
2.44	Mesa para alimentos:		
2.45	Una por cada cama		
2.46	Carro de paro		
2.47	Ambu		
2.48	Fuente de oxigeno		
2.49	Laringoscopio con baterias		
2.50	Baterias de repuesto para el laringoscopio		
2.51	Canulas de mayo		
2.52	Canulas endotraqueales		
2.53	Electrocardiografo		
2.54	Desfibrilador		
2.55	Adrenalina		
2.56	Dobutamina		
2.57	Dopamina		
2.58	Tromboliticos (Estreptocinasa, rTPA)		
2.59	Antihipertensivos Betabloqueantes (Propanolol, atenolol, entre otros)		
2.60	Antihipertensivos Antagonistas de Calcio (Nifedipina, Verapamil o Diltiazem)		
2.61	Nitroprusiato		
2.62	Nitroglicerina		
2.63	Amiodarona		
2.64	Lidocaina		
2.65	Digoxina		
2.66	Diazepam		
2.67	Midazolam		
2.68	Antihistaminicos		
2.69	Fenitoina		

2.70	Naloxona		
2.71	Nalbufin		
2.72	Flumaceniil		
2.73	Fentanil		
2.74	Relajantes Musculares (Succinil Colina, Bromuro de Vecuronio, entre otros)		
2.75	Esteroides (Hidrocortisona, Metilprednisolona, Dexametazona, etc.)		
2.76	Furosemida		
2.77	Broncodilatadores (Salbutamol, Aminofilina, Teofilina)		
2.78	Heparina Sodica		
2.79	Cloruro de Potasio (KCL)		
2.80	Bicarbonato de Sodio (NaCO3)		
2.81	Solucion Lactato en ringer		
2.82	Solucion Salina 0.9%		
2.83	Dextrosa al 5%		
2.84	Dextrosa al 10%		
2.85	Manitol al 18%		
2.86	Bandeja de traqueotomia		
2.87	Guias Metalicas		
2.88	Sondas de aspiracion		
2.89	Mascarillas de Oxigeno		
2.90	Sets de Venocllisis		
2.91	Regla para medir Presion venosa central		

3. Gestion y Documentacion

		SI	NO	Observaciones
3.1	Reporte del ultimo Cultivo bacteriologico del agua y ambiente de la unidad			
3.2	Programa de promocion y vigilancia de las infecciones asociadas a la atencion en Salud			
3.3	Reporte del acta de la ultima reunion del comité prevencion de Infecciones asociadas a la atencion en salud			
3.4	Hojas de reporte de enfermeria			
3.5	Hoja de reporte de evolucion diaria del paciente			
3.6	Protocolo de tratamientos y/o guias de uso de medicamentos actualizados			
3.7	Protocolo de prevencion de ulceras por presion			

3.8	Formulario de consentimiento informado para cada procedimiento diagnóstico y terapéutico indicado en la cartera de servicios		
3.9	Manual de organización y funcionamiento de la UCI que contenga:		
3.10	a) El organigrama de la UCI.☐		
3.11	b) Cartera de servicios.		
3.12	☑) Disposición física de la unidad y sus recursos		
3.13	☑) Manual de normas		
3.14	Plan de acogida que contenga:		
3.15	a) Criterios de Ingreso		
3.16	b) Protocolo de transporte seguro del paciente hacia UCI		
3.17	Código ético del personal de UCI		
3.18	Buzón de quejas y sugerencias		

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	