

FORMULARIO GUIA DE INSPECCION DE UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS (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		Observaciones
T.2	Número de Licenciadas en Enfermería		
T.3	Número de Profesionales con Postgrado en Intensivo		
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	Dimensiones minimas del consultorio 17.28 M2			
1.2	Separado del area de recepcion			
1.3	Separado del area de espera			
1.4	Area de anamnesis separada del area examen			
1.5	Area de anamnesis separada del area de procedimientos medico			
1.6	Disposicion de baños			
1.7	Area de examen con lavamanos			
1.8	Area de examen con jabon			
1.9	Area de examen con agua de calidad			

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	a) Rodable (con ruedas)			
2.13	b) Conectado a la red de vacio			
2.14	c) Uno por cada cama			
2.15	Bomba de Infusion de dos canales:			
2.16	a) Modo macro y micro			
2.17	b) Uno por cada cama			
2.18	Lavamanos:			
2.19	a) Fabricado en ceramica			
2.20	b) con grifería control de codo o muñeca			
2.21	d) Uno en el área de enfermería			
	e) Uno en el área de vestidor			
2.23	Panel cabecera (mural horizontal) que contenga:			
2.24	a) Salida para oxígeno			
2.25	b) Salida para vacio			
2.26	c) Salida para aire medicinal			
2.27	d) Tomacorrientes grado hospitalario			

		SI	NO	Observaciones
2.28	e) Porta suero			
2.29	f) Interruptor o equipo de llamadas a enfermeras			
2.30	Flujometro de Oxigeno:			
2.31	a) Con humidificador para la red			
2.32	b) Uno por cada cama			
2.33	Monitor de Cabecera:			
2.34	a) De 8 canales			
2.35	b) Con electrocardiografo con alarma			
2.36	c) Uno por cada cama			
2.37	Ventilador Volumetrico adulto:			
2.38	a) Una unidad por cada 2 camas			
2.39	Electrocardiografo:			
2.40	a) De cuatro canales			
2.41	b) Uno por cada cama			
2.42	Mantas termicas:			
2.43	a) Una manta termica por cada cama			
2.44	Mesa para alimentos:			
2.45	a) Uno 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,			
2.61	Nitroprusiato			
2.62	Nitroglicerina			
2.63	Amiodarona			
2.64	Lidocaina			
2.65	Digoxina			
2.66	Diazepam			
2.67	Midazolam			
2.68	Antihistaminicos			

		SI	NO	Observaciones
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			

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