

FORMULARIO GUIA DE INSPECCION DEL SERVICIO DE UNIDAD DE QUEMADOS

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		
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. Planta Fisica E Infraestructura

		SI	NO	Observaciones
1.1	28.80 Mts2			
1.2	17 Mts2 por cada cama			

2. Ambientes

		SI	NO	Observaciones
2.1	Una cama por cada habitacion			
2.2	Puertas abatibles o deslizantes			
2.3	Todos los equipos, materiales e insumos colocados dentro de la habitacion			
2.4	Sala de Espera con:			
2.5	a) Asientos Confortables			
2.6	b) Iluminacion 500-600 luxes			
2.7	c) Disponibilidad de agua Potable			
2.8	d) Disponibilidad de baño			
2.9	e) Ventilacion adecuada			
2.10	f) En consonancia con la capacidad esperada y el numero de camas de la unidad			
2.11	Area administrativa			
2.12	Area de almacenamiento para materiales e insumos			
2.13	Sala de Aislamiento diferenciada			
2.14	Estacion de enfermeria que cumpla con los requerimientos generales y especificos del presente reglamento			
2.15	Baño exclusivo			
2.16	Vestidor exclusivo			
2.17	Sala de procedimientos con:			
2.18	a) Vestidor			
2.19	b) Sala de espera			
2.20	c) Área de atención y examen clínico			
2.21	d) Disponibilidad de baño			
2.22	e) Cama Multiproposito			
2.23	Area de colocacion temporal de cadaveres			

2.24	a) Privada		
2.25	b) Alejado del flujo de usuarios		
2.26	c) Alejada de servicios activos		

3. Equipos

		SI	NO	Observaciones
3.1	Electrocauterio de mediana potencia			
3.2	Bandeja de instrumental para procedimientos menores, retiros de suturas y/o emergencias			
3.3	Stock de medicamentos e insumos generales			
3.4	Set para toma de muestra			
3.5	Sistema de climatización diferenciado de otras áreas, tipo HEPA			
3.6	Negatoscopio de 4 campos			
3.7	Nevera para medicamentos			
3.8	Reloj de pared			
3.9	Luz frontal LED de cinta craneal ajustable			
3.10	Nebulizador			
3.11	Equipo de diseccion de venas			
3.12	Esterilizador de instrumentos de vapor o autoclave o esterilizador en seco			
3.13	Equipo de rayos x portátil			
3.14	Equipos de Proteccion personal desechables			
3.15	Mesa de curaciones fabricada en acero Inoxidable			
3.16	a) Rodable			
3.17	Mesa para instrumentos metalica:			
3.18	a) Angular			
3.19	b) Rodable			
3.20	Aspirador de secreciones eléctrico			
3.21	a) Rodable			
3.22	b) Conectado a la red de vacio			
3.23	c) Uno por cada cama			
3.24	Bomba de Infusion de dos canales:			
3.25	a) Modo macro y micro			
3.26	b) Uno por cada cama			
3.27	Lavadero quirurgico fabricado en acero inoxidable:			
3.28	a) De dos pozas			
3.29	b) Grifo con sensor a presion			
3.30	c) Temporizador			

3.31	d) Dispensador para Jabon liquido		
3.32	e) Luz incorporada		
3.33	Lavamanos fabricado en ceramica		
3.34	a) con grifería control de codo o muñeca		
3.35	b) Uno en el área de enfermería		
3.36	c) Uno en la parte externa de la entrada de cada		
3.37	d) Uno en el área de vestidor		
3.38	Panel de cabecera (Mural Horizontal)		
3.39	a) Salida para oxígeno		
3.40	b) Salida para vacio		
3.41	c) Salida para aire medicinal		
3.42	d) Tomacorrientes grado hospitalario		
3.43	e) Porta suero		
3.44	f) Interruptor o equipo de llamadas a enfermeras		
3.45	Camilla para transporte metalica		
3.46	a) Con ruedas		
3.47	b) Con barandas de seguridad		
3.48	Camilla para recuperacion metalica:		
3.49	a) Rodable		
3.50	b) Con barandas de seguridad		
3.51	Flujometro de Oxigeno		
3.52	a) Con humidificador para la red		
3.53	b) Uno por cada cama		
3.54	Monitor de cabecera:		
3.55	a) De 8 canales		
3.56	b) Con electrocardiografo con alarma		
3.57	Uno por cada cama		
3.58	Ventilador Volumetrico adulto/pediatrico:		
3.59	a) Una unidad por cada 2 camas		
3.60	Mesa para alimentos		
3.61	a) Uno por cada cama		
3.62	Carro de paro:		
3.63	Ambu		
3.64	Fuente de oxigeno		
3.65	Laringoscopio con baterias		
3.66	Baterias de repuesto para el laringoscopio		

3.67	Canulas de mayo		
3.68	Canulas endotraqueales		
3.69	Electrocardiografo		
3.70	Desfibrilador		
3.71	Adrenalina		
3.72	Dobutamina		
3.73	Dopamina		
3.74	Tromboliticos (Estreptocinasa, rTPA)		
3.75	Antihipertensivos Betabloqueantes (Propanolol, atenolol, entre otros)		
3.76	Antihipertensivos Antagonistas de Calcio (Nifedipina, Verapamil o Diltiazem)		
3.77	Nitroprusiato		
3.78	Nitroglicerina		
3.79	Amiodarona		
3.80	Lidocaina		
3.81	Digoxina		
3.82	Diazepam		
3.83	Midazolam		
3.84	Antihistaminicos		
3.85	Fenitoina		
3.86	Naloxona		
3.87	Nalbufin		
3.88	Flumaceniil		
3.89	Fentanil		
3.90	Relajantes Musculares (Succinil Colina, Bromuro de Vecuronio, entre otros)		
3.91	Esteroides (Hidrocortisona, Metilprednisolona, Dexametazona, etc.)		
3.92	Furosemida		
3.93	Broncodilatadores (Salbutamol, Aminofilina, Teofilina)		
3.94	Heparina Sodica		
3.95	Cloruro de Potasio (KCL)		
3.96	Bicarbonato de Sodio (NaCO3)		
3.97	Solucion Lactato en ringer		
3.98	Solucion Salina 0.9%		
3.99	Dextrosa al 5%		
3.10	Dextrosa al 10%		
3.10	Manitol al 18%		
3.10	Bandeja de traqueotomia		
3.10	Guias Metalicas		

3.10	Sondas de aspiracion		
3.10	Mascarillas de Oxigeno		
3.10	Sets de Venocclisis		
3.10	Regla para medir Presion venosa central		
3.10	Lampara Quirurgica		
3.10	a) De pie		
3.11	b) Portatil		
3.11	c) Rodable		
3.11	Electrocardiografo		
3.11	a) De cuatro canales		
3.11	b) Uno por cada cama		
3.11	Mantas Termicas:		
3.11	a) Una por cada cama		

4. Gestion y Documentacion

		SI	NO	Observaciones
4.1	Reporte del ultimo Cultivo bacteriologico del agua y ambiente de la unidad			
4.2	Programa de promocion y vigilancia de las infecciones asociadas a la atencion en Salud			
4.3	Reporte del acta de la ultima reunion del comité prevencion de Infecciones asociadas a la atencion en salud			
4.4	Hojas de reporte de enfermeria			
4.5	Hoja de reporte de evolucion diaria del paciente			
4.6	Protocolo de tratamientos y/o guias de uso de medicamentos actualizados			
4.7	Protocolo de prevencion de ulceras por presion			
4.8	Formulario de consentimiento informado para cada procedimiento diagnostico y terapeutico inidicado en la cartera de servicios			
4.9	Manual de organización y funcionamiento de la UCI			
4.10	a) El organigrama de la Unidad de Quemados.☐			
4.11	b) Cartera de servicios.			
4.12	☑) Disposición física de la unidad y sus recursos estructurales y de equipamiento.			
4.13	☑) Manual de normas			
4.14	Plan de acogida que contenga:			

4.15	a) Criterios de Ingreso		
4.16	b) Protocolo de transporte seguro del paciente hacia la unidad		
4.17	Codigo etico del personal de la unidad de quemados		
4.18	Buzon 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