

FORMULARIO GUIA DE INSPECCION DEL SERVICIO DE UNIDAD DE TRAUMA SHOCK

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 Emergenciólogo, Ortopeda, Anestesiólogo, Cirujanos, Internista		Observaciones
T.2	Número de Licenciadas en Enfermería con soporte vital básico		
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. Especificaciones Tecnicas

		SI	NO	Observaciones
1.1	Ubicado próximo a la entrada del área de emergencia			
1.2	Panel cabecera que contenga:			
1.3	a) Salida para Oxígeno			
1.4	b) Sistema de vacío			
1.5	c) Salida de aire medicinal			
1.6	d) Sistema de llamado a enfermeras			
1.7	e) Tomacorrientes dobles grado hospitalario			
1.8	Recipiente para desechos punzo-cortantes			
1.9	Lavamanos de cerámica o metal, con grifería control de codo o muñeca			
1.10	Cama-camilla multipropósito			
1.11	Camilla de transporte:			
1.12	a) Metálica			
1.13	b) Con Ruedas			
1.14	c) Con barandas			
1.15	Vitrina metálica con seguridad para resguardo de medicamentos			
1.16	Cubos metálicos para desperdicios con fundas codificadas por colores			
1.17	Carro para el transporte de residuos, de material no poroso, con tapas			
1.18	a) Fabricado en material no poroso			
1.19	b) Con tapas			
1.20	Lámpara quirúrgica de pie			
1.21	a) Portátil			
1.22	b) Rodable			
1.23	Negatoscopio de cuatro u ocho campos			
1.24	Reloj de pared			
1.25	Carro de paro completo con:			
1.26	Desfibrilador			
1.27	Adrenalina			
1.28	Dobutamina			
1.29	Dopamina			
1.30	Trombolíticos (Estreptocinasa, rTPA)			
1.31	Antihipertensivos Betabloqueantes (Propranolol, atenolol, entre otros)			
1.32	Antihipertensivos Antagonistas de Calcio (Nifedipina, Verapamil o Diltiazem)			
1.33	Nitroprusiato			
1.34	Nitroglicerina			
1.35	Amiodarona			

1.36	Lidocaina		
------	-----------	--	--

		SI	NO	Observaciones
1.37	Digoxina			
1.38	Diazepam			
1.39	Midazolam			
1.40	Antihistaminicos			
1.41	Fenitoina			
1.42	Naloxona			
1.43	Nalbufin			
1.44	Flumaceniil			
1.45	Fentanil			
1.46	Relajantes Musculares (Succinil Colina, Bromuro de Vecuronio, entre otros)			
1.47	Esteroides (Hidrocortisona, Metilprednisolona, Dexametazona, etc.)			
1.48	Furosemida			
1.49	Broncodilatadores (Salbutamol, Aminofilina, Teofilina)			
1.50	Heparina Sodica			
1.51	Cloruro de Potasio (KCL)			
1.52	Bicarbonato de Sodio (NaCO3)			
1.53	Solucion Lactato en ringer			
1.54	Solucion Salina 0.9%			
1.55	Dextrosa al 5%			
1.56	Dextrosa al 10%			
1.57	Manitol al 18%			
1.58	Bandeja de traqueotomia			
1.59	Laringoscopio con baterias			
1.60	Baterias de repuesto para el laringoscopio			
1.61	Tubos endotraqueales de varios tamaños			
1.62	Monitor cardiaco de cuatro canales			
1.63	Electrocardiógrafo			
1.64	Resucitador manual (Ambú) adulto			
1.65	Resucitador manual (Ambú) pediátrico			
1.66	Luz frontal LED con cinta craneal ajustable			
1.67	Aspirador de secreciones			
1.68	a) Electrico			
1.69	b) Rodable			
1.70	Set de consultorio que incluya cortina tipo oxford, con tubo, riel o biombo			
1.71	Escalinata metálica de uno o dos peldaños			
1.72	Taburete metálico			
1.73	a) Giratorio			
1.74	b) Rodable			
1.75	Bomba de infusión			

1.76	Esfigmomanómetro			
		SI	NO	Observaciones
1.77	Estetoscopio			
1.78	Sonógrafo portátil			
1.79	Estativa de techo de dos brazos			
1.80	Flujómetro de oxígeno con humidificador			
1.81	Monitor de cinco parámetros, adulto			
1.82	Monitor de cinco parámetros, pediátrico			
1.83	Ventilador de transporte, volumétrico, recargable, de adulto			
1.84	Ventilador de transporte, volumétrico, recargable pediátrico			
1.85	Equipo de rayos-X portátil o brazo en C, digital con impresora incluida o, analógico con reveladora automática			
1.86	Set para toma de muestra con jeringas			
1.87	a) Tubos para muestras			
1.88	b) Torundas			
1.89	c) Torniquete			
1.90	d) Caja de bioseguridad			
1.91	Stock de medicamentos			
1.92	Stock de material gastable			
1.93	Desinfectantes			
1.94	Gastables de traumatología y ortopedia			

2. Gestion y Documentacion

		SI	NO	Observaciones
2.1	Norma nacional de salud			
2.2	Manual de procedimientos tecnicos correspondiente			
2.3	Normas de procedimientos de bioseguridad			
2.4	Normas para la Prevención y Control de Infecciones en Establecimientos de Salud del Ministerio de Salud Pública			
2.5	Formulario de Notificacion obligatoria de enfermedades Infectocontagiosas			
2.6	Protocolo de Higiene y limpieza			

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	