

FORMULARIO GUIA DE INSPECCION DEL SERVICIO DE VACUNACION

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	Medico encargado del servicio con formacion en vacunas		Observaciones
T.2	Personal de enfermeria o auxiliar de enfermeria con formacion en vacunas		
T.3	Horario de Servicio en horas	4 () 6 () 8 ()	

1. Infraestructura y Ambientes

		SI	NO	Observaciones
1.1	Área de almacenamiento para guardar insumos y materiales de vacunación			
1.2	Área de procedimiento o sala de aplicación de vacunas			
1.3	Sala de espera exclusiva para pacientes de vacunas			
1.4	Area de registro de datos			
1.5	Area de Refigeracion y lavado de termos			
1.6	Instalaciones sanitarias para los usuarios			
1.7	Instalaciones sanitarias para el personal			

2. Equipamiento e Insumos

		SI	NO	Observaciones
2.1	Estantería metálica			
2.2	Lavamanos de ceramica o de acero inoxidable			
2.3	Mesa de trabajo de acero inoxidable			
2.4	Vitrina para guardar insumos			
2.5	Balanza con tallímetro, para lactantes, mecánica o			
2.6	Termos para transporte y conservación de las vacunas			
2.7	Refrigeradora de 12 pies cubicos			
2.8	Reloj de pared			
2.9	Computadora fija o portátil			
2.10	Impresora propia o común			
2.11	Archivador metalico de 4 gavetas			
2.12	Teléfono			
2.13	Guantes			
2.14	Gasas			
2.15	Torundas			
2.16	Alcohol			
2.17	Desinfectantes			
2.18	Jeringas acordes al tipo de vacuna			
2.19	Cubo para desperdicios			
2.20	Destructor de agujas			
2.21	Mesa Multiusos			
2.22	Butaca metalica de 3 cuerpos			
2.23	Escritorio preferiblemente metálico, con cajones o			
2.24	Silla rodable			
2.25	Sillas apilables			

2.26	Papelera con bolsa plástica		
------	-----------------------------	--	--

3.1 Instalaciones Sanitarias

3.1	Lavamanos de losa vitrificada con grifería control			
3.2	Inodoro de loza con válvula fluxométrica			
3.3	Papelera de plástico			
3.4	Espejo adosado con marco metálico			
3.5	Toallero de gancho cromado			
3.6	Jabonera cromada para jabón líquido			
3.7	Porta rollo de papel higiénico cromado			
3.8	Dispensador de toallas de papel			
3.9	Cambiador de pañales			

4. Documentacion

		SI	NO	Observaciones
4.1	Normativas del Programa Ampliado de Inmunizaciones del Ministerio de Salud			
4.2	Protocolo de limpieza de la refrigeradora de biológicos			
4.3	Registro manual de temperatura de la refrigeradora			
4.4	Libro de registro diario de vacunación			
4.5	Libro de registro de usuarios niños y adultos			
4.6	Registro de conservación de la cadena de frio			
4.7	Tarjeta de vacunación del personal			
4.8	Consolidado mensual de vacunas aplicadas			
4.9	Formulario de eventos adversos y reacciones post vacunales			
4.10	Normas de procedimientos y bioseguridad general de vacunación.			
4.11	Plan o protocolo de emergencia de cadena de frio			

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