

 Instituto Nacional de Donación y Trasplante de Órganos, Tejidos y Células INDOT	REQUERIMIENTOS PARA ACREDITACIÓN O REACREDITACION DEL PULMONAR ADULTO Y/O PEDIATRICO	FECHA: 21-05-2021
	Versión: 03	CÓDIGO: RG-INDOT-417
	PUBLICADO <input checked="" type="checkbox"/> EN ANALISIS <input type="checkbox"/> BORRADOR <input type="checkbox"/> OBSOLETO <input type="checkbox"/>	PÁGINA: 1 de 4

FORMULARIO 002.PUL

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD	
Nombre/Razón Social:	
Dirección:	
Teléfonos:	
Correo electrónico:	
Ciudad:	Provincia:
Nombre de la Máxima Autoridad:	
N° Permiso de funcionamiento:	
Categoría: Red Pública integral de Salud:	Red Privada Complementaria:
Acreditación:	Re acreditación:

2. DOCUMENTACIÓN REQUERIDA

IMPORTANTE: En el caso de reacreditación, es necesario enviar únicamente la documentación que haya perdido vigencia, así como DE LOS CAMBIOS O VARIACIONES QUE HUBIERAN EN EL ESTABLECIMIENTO DE SALUD O EN LOS PROCEDIMIENTOS PARA REALIZAR EL TRASPLANTE.

2.1. LIDER DEL EQUIPO DE TRASPLANTE	
Nombre:	
N° de Registro SENESCYT:	
Especialidad:	
Dirección:	
Teléfonos:	
Correo electrónico:	

2.2. COORDINADOR/A INTRAHOSPITALARIO/A DE TRASPLANTE (PROCURADOR)	
Nombre:	
N° de Registro SENESCYT:	
Especialidad:	
Dirección:	
Teléfonos:	
Correo electrónico:	

2.3. PERSONAL DE SALUD DEL EQUIPO DE TRASPLANTES (Formulario 003 y sus respaldos por cada profesional)

El equipo de donación y trasplante cardiaco adulto y/o pediátrico deberá estar integrado como mínimo por los siguientes profesionales:	
Número	Equipo de Procuración
1	Coordinador Intra hospitalario de Trasplantes
1	Médico Intensivista, Emegenciólogo o Anestesiólogo
1	Psicólogo/a
1	Lic. en Enfermería
1	Lic. Trabajo Social

Número	Equipo de Trasplante
2	Médicos Cirujanos Torácicos o Cardio torácicos
2	Neumólogos

 Instituto Nacional de Donación y Trasplante de Órganos, Tejidos y Células INDOT	REQUERIMIENTOS PARA ACREDITACIÓN O REACREDITACION DEL PULMONAR ADULTO Y/O PEDIATRICO	FECHA: 21-05-2021
	Versión: 03	CÓDIGO: RG-INDOT-417
	PUBLICADO <input checked="" type="checkbox"/> EN ANALISIS <input type="checkbox"/> BORRADOR <input type="checkbox"/> OBSOLETO <input type="checkbox"/>	PÁGINA: 3 de 4

SERVICIOS ADMINISTRATIVOS:		
1. Secretaría del servicio		
2. Archivo de documentos de donación y trasplantes		
3. Mantenimiento		

2.5 EQUIPOS, INSTRUMENTAL QUIRÚRGICO, INSUMOS, MATERIALES Y MEDICAMENTOS		
RECURSOS MATERIALES	SI	NO
1. Listado de equipos e instrumental quirúrgico para la actividad trasplantológica		
2. Listado de insumos y materiales a ser utilizados para la actividad trasplantológica que incluya la disponibilidad y el cálculo de necesidades anuales.		
3. Listado de medicamentos a ser utilizados en la actividad trasplantológica, según protocolos que incluya la disponibilidad; el cálculo de necesidades anuales y la planificación de compras.		

2.6 DOCUMENTOS INSTITUCIONALES			
	SI	NO	NA
1. Formulario 001. "Solicitud de acreditación"			
2. Permiso de funcionamiento vigente del establecimiento de salud.			
3. Copia del Registro Único de Contribuyentes;			
4. Copia del nombramiento del Representante legal o máxima autoridad del requirente.			
5. Esquema organizacional del equipo de trasplante según el instructivo correspondiente.			
6. Documento que certifique que el establecimiento de salud cuenta con un Sistema de Gestión de Calidad o Manual de la Calidad			
7. Documento que garantice que el establecimiento de salud cuenta con los servicios de especialidades especificados en el instructivo correspondiente.			
8. Perfil epidemiológico de morbi-mortalidad del establecimiento de salud.			
9. Proyección anual de trasplantes a realizarse por cada año de acreditación.			
10. Planificación de vacaciones de los miembros del equipo de trasplante			
11. Planificación anual de capacitaciones de los miembros del equipo de trasplante			
12. Listado de los exámenes serológicos del donante y de función respiratoria, cardiaca, etc., que realiza el laboratorio del establecimiento de salud.			
13. Se verificará la existencia de Protocolos y Manuales de Procedimientos del programa de trasplante.			

 Instituto Nacional de Donación y Trasplante de Órganos, Tejidos y Células INDOT	REQUERIMIENTOS PARA ACREDITACIÓN O REACREDITACION DEL PULMONAR ADULTO Y/O PEDIATRICO		FECHA: 21-05-2021
			CÓDIGO: RG-INDOT-417
	Versión: 03		PÁGINA: 4 de 4
PUBLICADO	EN ANALISIS	BORRADOR	
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

En, a..... dedel

Nombre, firma y sello del Director Médico del Establecimiento de Salud
Nombre, firma y sello del Gerente General del Establecimiento de Salud