

 Instituto Nacional de Donación y Trasplante de Órganos, Tejidos y Células INDOT	REQUERIMIENTOS PARA ACREDITACIÓN EN EL PROGRAMA DE TRASPLANTE RENAL PEDIÁTRICO	FECHA: 19-07-2017
	Versión: 01	CÓDIGO: RG-INDOT- 412
	PUBLICADO <input checked="" type="checkbox"/> EN ANALISIS <input type="checkbox"/> BORRADOR <input type="checkbox"/> OBSOLETO <input type="checkbox"/>	PÁGINA: 2 de 4

Número	Profesional
2	Médicos nefrólogos pediatras
2	Médicos Cirujanos Generales y/o Urólogos y/o Cirujanos Vasculares con experiencia en trasplante renal pediátrico
1	Médico Anestesiólogo
1	Médico Intensivista
1	Enfermera en Hospitalización

Nombre	Especialidad	Función

Profesionales sin experiencia o en proceso de entrenamiento, no serán acreditados pero se registrará su participación en el programa de trasplante.

**2.4. SERVICIOS DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD:
ANEXO 1 (más detalle)**

	SI	NO	N/A	Observaciones
SERVICIOS FINALES :				
1. Consulta externa				
2. Emergencia				
3. Hospitalización				
4. Seguimiento de Pacientes				
5. Control epidemiológico				
SERVICIOS INTERMEDIOS:				
6. Bloque quirúrgico				
7. Esterilización				
8. Anestesiología				
9. Sala de recuperación				
10. Farmacia				
11. Enfermería				
12. Imagenología				
13. Laboratorio				
14. Servicio de transfusiones y Banco de sangre				
15. Anatomía Patológica				
16. Cuidados Intensivos o Área de cuidado inmediato postrasplante				
17. Docencia no universitaria sobre donación y trasplante				
18. Docencia universitaria.				
SERVICIOS ADMINISTRATIVOS:				
19. Dirección y Coordinación				
20. Personal Administrativo				
21. Reporte de información				
22. Mantenimiento				

 Instituto Nacional de Donación y Trasplante de Órganos, Tejidos y Células INDOT	REQUERIMIENTOS PARA ACREDITACIÓN EN EL PROGRAMA DE TRASPLANTE RENAL PEDIÁTRICO				FECHA: 19-07-2017
	Versión: 01				CÓDIGO: RG-INDOT- 412
	PUBLICADO	EN ANALISIS	BORRADOR	OBSOLETO	PÁGINA: 3 de 4
	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

23. Derechos del paciente				
24. Cuidado al paciente				

2.5 MEDICAMENTOS, MATERIALES, EQUIPOS, INSUMOS CLÍNICOS, E INSTRUMENTAL QUIRÚRGICO

RECURSOS	SI	NO
1. Información detallada de las características, disponibilidad y cálculo de necesidades anuales de: <ul style="list-style-type: none"> a. Materiales b. Insumos c. Equipos e instrumental quirúrgico 		
2. Listado de medicamentos de acuerdo a los protocolos del programa de trasplante, existencias y planificación de compras.		
3. Registro de mantenimiento de los equipos acorde al programa de trasplante (plan de mantenimiento anual preventivo y correctivo)		

2.6 DOCUMENTOS INSTITUCIONALES

	SI	NO	NA
1. Formulario 001. "Solicitud de acreditación"			
2. Formulario 002. RINp "Requerimientos para acreditación en el programa de trasplante renal pediátrico"			
3. Permiso de funcionamiento vigente del establecimiento de salud			
4. Copia del Acto jurídico de creación de la Entidad solicitante o copia simple de la Escritura de Constitución en caso de tratarse de una compañía.			
5. Copia del Registro Único de Contribuyentes			
6. Copia del nombramiento del Representante legal o máxima autoridad del requirente			
7. Esquema organizacional del equipo de trasplante según el manual de acreditación del INDOT			
8. Documento que certifique que el establecimiento de salud cuenta con un Sistema de Gestión de Calidad			
9. Información estadística de la actividad trasplantológica realizada por el establecimiento de salud con sus análisis respectivo por ejemplo principales avances y problemas. (EN CASO DE REACREDITACION)			
10. Perfil epidemiológico del establecimiento de salud			
11. Carta motivada para la creación de Programa de Trasplante elaborado por el Comité de Bioética (SOLO PARA PROGRAMAS CON DONANTE VIVO RELACIONADO)			
12. Planificación de vacaciones de los miembros del equipo de trasplante			
13. Planificación de asistencia a capacitaciones de los miembros del equipo de trasplante			

 Instituto Nacional de Donación y Trasplante de Órganos, Tejidos y Células INDOT	REQUERIMIENTOS PARA ACREDITACIÓN EN EL PROGRAMA DE TRASPLANTE RENAL PEDIÁTRICO				FECHA: 19-07-2017
	Versión: 01				CÓDIGO: RG-INDOT- 412
	PUBLICADO	EN ANALISIS	BORRADOR	OBSOLETO	PÁGINA: 4 de 4
	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Se verificará la existencia de Manuales de Procedimientos en cada servicio a inspeccionar.

En....., a..... de..... del.....

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