Instituto Nacional de Donación y Trasplante de Órganos, Tejidos y Células INDOT

REQUERIMIENTOS PARA ACREDITACIÓN EN EL PROGRAMA DE DONACIÓN Y TRASPLANTE DE CÓRNEA

Versión: 05

PUBLICADO	EN ANALISIS	BORRADOR	OBSOLETO

FECHA : 15-11-2021
CÓDIGO: RG-INDOT-327
PÁGINA: 1 de 4

FORMULARIO 002.COR

Correo electrónico:

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN	I 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:	Reacreditación:
2. DOCUMEN	TACIÓN REQUERIDA
24 LIDER DELE	OUIDO DE TRACRI ANTE
2.1. LIDER DEL E	QUIPO DE TRASPLANTE
Nombre:	
N° de Registro SENESCYT:	
Especialidad:	
Dirección:	
Teléfonos:	
Correo electrónico:	
2.2. COORDINADOR INTRAHOSPITALARIO	DE TRASPLANTE (SOLO SI SE ACREDITA PARA
DC	DNACIÓN)
Nombre:	
N° de Registro SENESCYT:	
Especialidad:	
Dirección:	
Teléfonos:	
Correo electrónico:	
Correct discussions.	
2.3. LIDER DEL EQUIPO DE PROCURAC	ÓN (SOLO SI SE ACREDITA PARA DONACIÓN)
Nombre:	
N° de Registro SENESCYT:	
Especialidad:	
Dirección:	
Teléfonos:	

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

El equipo de donación y trasplante de córnea adulto y/o pediátrico deberá estar integrado como mínimo por los siguientes profesionales:		
Número	Equipo de Procuración (SOLO SI SE ACREDITA PARA DONACIÓN)	
1	Coordinador Intrahospitalario	
1	Médico Intensivista, Emergenciólogo o Anestesiólogo	



REQUERIMIENTOS PARA ACREDITACIÓN EN EL PROGRAMA DE DONACIÓN Y TRASPLANTE DE CÓRNEA

Versión: ∩5

Version: 05					
PUBLICADO	EN ANALISIS	BORRADOR	OBSOLETO	PÁGINA: 2 de 4	

FECHA: 15-11-2021

CÓDIGO: RG-INDOT-327

1	Lic. en Enfermería
1	Psicólogo/a (opcional)
1	Lic. Trabajo Social (opcional) Psicólogo/a
2	Profesional ablacionador

Número	Equipo de Trasplante
1	Cirujano oftalmólogo
1	Médico Anestesiólogo (trasplante pediátrico)
1	Enfermera y/o instrumentista

Nombre	Especialidad	Función

2.5. SERVICIOS DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD:				
	SI	NO		
SERVICIOS HOSPITALARIOS:				
Oftalmología				
Consulta Externa				
Bloque quirúrgico				
Anestesiología				
Cuidados Intensivos (solo para donación)				
Control epidemiológico				
Farmacia				
SERVICIOS ADMINISTRATIVOS:				
Secretaría del servicio				
Archivo de documentos de donación y trasplantes				
Mantenimiento				



REQUERIMIENTOS PARA ACREDITACIÓN EN EL PROGRAMA DE DONACIÓN Y TRASPLANTE DE CÓRNEA

TE DE

CÓDIGO: RG-INDOT-327

FECHA: 15-11-2021

Versión: 05

PUBLICADO EN ANALISIS BORRADOR OBSOLETO PÁGINA: 3 de 4

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

	2.7 DOCUMENTOS INSTITUCIONALES			
		SI	NO	NA
1.	Formulario 001 "Solicitud de acreditación o reacreditación". Código: RG – INDOT– 270			
2.	Formulario 002.COR "Requerimientos para Acreditación y Reacreditación del Programa de Donación y Trasplante de Córnea Adulto y/o Pediátrico". Código: RG – INDOT – 327			
3.	Permiso de funcionamiento vigente del establecimiento de salud.			
4.	Copia del Registro Único de Contribuyentes;			
5.	Copia del nombramiento del Representante legal o máxima autoridad del requirente.			
6.	Esquema organizacional del equipo de trasplante según el instructivo correspondiente.			
7.	Certificación de contar con un Sistema de Gestión de Calidad emitido por una empresa, institución, establecimiento externo o por el área de gestión de calidad del establecimiento de salud solicitante o manual de calidad institucional			
8.	Documento que garantice que el establecimiento de salud cuenta con los servicios de especialidades especificados en el instructivo correspondiente.			
9.	Plan de contingencia para atenciones emergentes en pacientes pos trasplantados. (en caso de no contar con el servicio de emergencia 24 horas)			
10.	Perfil epidemiológico de morbi-mortalidad del establecimiento de salud.			
11.	Proyección anual de trasplantes a realizarse durante el periodo de acreditación.			
12.	Planificación de vacaciones de los miembros del equipo de donación y trasplante			
13.	Planificación anual de capacitaciones de los miembros del equipo de donación y trasplante			
14.	Planificación anual de mantenimiento preventivo, correctivo y calibración de los equipos a ser usados en la actividad trasplantológica.			
	Listado de los exámenes serológicos del donante que realiza el laboratorio del establecimiento de salud considerando lo que indica el instructivo de acreditación correspondiente			
16.	Protocolos y Manuales de Procedimientos del programa de trasplante indicados en el instructivo de acreditación correspondiente.			

3. REACREDITACIÓN		
5. REAGREDITACION		
MADORTANITE E I I I I I I I I I I I I I I I I I	,	
IMPORTANTE: En el caso de reacreditación, es necesario enviar únicamente la docur	mentacion	que naya
perdido vigencia así como DE LOS CAMBIOS O VARIACIONES QUE HU	IDIEDAN	EN ÉL
perdido vigencia así como de LOS CAMBIOS O <u>VARIACIONES QUE FIC</u>	DIERAN	
ESTABLECIMIENTO DE SALUD O EN LOS PROCEDIMIENTOS PARA REALIZAR E	I TRASPI	ANTF
EGIT MELEGINIETT OF BE OF CORD OF ETT EGG TROOF DIVINETT FOR THE TELEPHINE	II(/ (OI L	_/ \l \ \ L .
	01	NO
	SI	NO
1. Formulario 001 "Solicitud de acreditación o reacreditación". Código: RG –		
i. i difficialio do i "Collotta de adrecitación o leacientación". Cocido. NO -		



REQUERIMIENTOS PARA ACREDITACIÓN EN EL PROGRAMA DE DONACIÓN Y TRASPLANTE DE CÓRNEA

CÓDIGO: RG-INDOT-327

FECHA: 15-11-2021

Versión: 05 PUBLICADO EN ANALISIS BORRADOR OBSOLETO PÁGINA: 4 de 4

	
NDOT- 270	
2. Formulario 002.COR "Requerimientos para Acreditación y Reacreditación del Programa de Donación y Trasplante de Córnea Adulto y/o Pediátrico". Código: RG - INDOT – 327	
 Análisis estadístico de la actividad trasplantológica realizada durante los dos ltimos años de acreditación, considerando lo que indica el instructivo de creditación correspondiente. 	
n dedel	
Nombre, firma y sello del Director Médico del Establecimiento de	Salud
Nombre, firma y sello del Gerente General del Establecimiento de	Salud