

<p>Instituto Nacional de Donación y Trasplante de Órganos, Tejidos y Células INDOT</p>  <p>República del Ecuador</p>	REQUERIMIENTOS PARA ACREDITACIÓN O REACREDITACION DEL PROGRAMA DE DONACION Y TRASPLANTE CARDIACO ADULTO Y/O PEDIATRICO	FECHA: 02-11-2022							
	Versión: 04	CÓDIGO: RG-INDOT-376							
	<table border="1"> <tr> <td>PUBLICADO</td> <td>EN ANALISIS</td> <td>BORRADOR</td> <td>OBSOLETO</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input checked="" type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	PUBLICADO	EN ANALISIS	BORRADOR	OBSOLETO	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PUBLICADO	EN ANALISIS	BORRADOR	OBSOLETO						
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						

FORMULARIO 002.CAR

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:	Reacreditación:

2. DOCUMENTACIÓN REQUERIDA

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

2.2. COORDINADORES INTRAHOSPITALARIOS DE TRASPLANTE	
Nombre:	
N° de Registro SENESCYT:	
Especialidad:	
Dirección:	
Teléfonos:	
Correo electrónico:	
Nombre:	
N° de Registro SENESCYT:	
Especialidad:	
Dirección:	
Teléfonos:	
Correo electrónico:	
Nombre:	
N° de Registro SENESCYT:	
Especialidad:	
Dirección:	
Teléfonos:	
Correo electrónico:	

2.3. LIDER DEL EQUIPO DE PROCURACIÓN	
Nombre:	
N° de Registro SENESCYT:	
Especialidad:	

<p>Instituto Nacional de Donación y Trasplante de Órganos, Tejidos y Células INDOT</p>  <p>República del Ecuador</p>	REQUERIMIENTOS PARA ACREDITACIÓN O REACREDITACION DEL PROGRAMA DE DONACION Y TRASPLANTE CARDIACO ADULTO Y/O PEDIATRICO				FECHA: 02-11-2022
	Versión: 04				CÓDIGO: RG-INDOT-376
	PUBLICADO	EN ANALISIS	BORRADOR	OBSOLETO	PÁGINA: 3 de 5
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

2.5. SERVICIOS DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD:		
	SI	NO
SERVICIOS HOSPITALARIOS:		
1. Consulta externa		
2. Emergencias		
3. Hospitalización		
4. Bloque quirúrgico – recuperación		
5. Esterilización		
6. Anestesiología		
7. Cuidados Intensivos		
8. Diálisis		
9. Enfermería		
10. Imagenología		
11. Intervencionismo		
12. Hemodinamia		
13. Laboratorio		
14. Banco de sangre o Servicio de medicina transfusional		
15. Anatomía Patológica		
16. Farmacia		
17. Docencia		
SERVICIOS ADMINISTRATIVOS:		
1. Secretaría del servicio		
2. Archivo de documentos de donación y trasplantes		
3. Mantenimiento		
4. Control epidemiológico		

2.6 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, 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.CAR “Requerimientos para Acreditación o Reacreditación del Programa de Trasplante Cardiaco Adulto y/o Pediátrico”. código: RG – INDOT – 376.			
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.			

 <p>Instituto Nacional de Donación y Trasplante de Órganos, Tejidos y Células INDOT</p> <p>República del Ecuador</p>	REQUERIMIENTOS PARA ACREDITACIÓN O REACREDITACION DEL PROGRAMA DE DONACION Y TRASPLANTE CARDIACO ADULTO Y/O PEDIATRICO	FECHA: 02-11-2022							
	Versión: 04	CÓDIGO: RG-INDOT-376							
	<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td>PUBLICADO</td> <td>EN ANALISIS</td> <td>BORRADOR</td> <td>OBSOLETO</td> </tr> <tr> <td><input checked="" type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	PUBLICADO	EN ANALISIS	BORRADOR	OBSOLETO	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PUBLICADO	EN ANALISIS	BORRADOR	OBSOLETO						
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						

6. 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			
7. Esquema organizacional del equipo de trasplante según el instructivo correspondiente.			
8. Documento que garantice que el establecimiento de salud cuenta con los servicios de especialidades especificados en el instructivo correspondiente.			
9. Perfil epidemiológico de morbi-mortalidad del establecimiento de salud.			
10. Proyección anual de trasplantes a realizarse por cada año de acreditación.			
11. Planificación anual de vacaciones de los miembros del equipo de donación y trasplante			
12. Planificación anual de capacitaciones de los miembros del equipo de trasplante			
13. Planificación anual de mantenimiento preventivo, correctivo y calibración de los equipos a ser usados en la actividad trasplantológica.			
14. Documento que certifique las condiciones para la movilización y logística del equipo quirúrgico de ablación, en el caso de aceptar la oferta cardiaca de una ciudad fuera de la que se encuentra el establecimiento de salud.			
15. Listado de los exámenes serológicos del donante realiza el laboratorio del establecimiento de salud, en caso de no contar con la realización de este tipo de exámenes adjuntar el convenio con el establecimiento que realizará dichos exámenes.			
16. Protocolos y Manuales de Procedimientos del programa de trasplante indicados en el instructivo correspondiente.			

3. REACREDITACIÓN

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.

	SI	NO
1. Formulario 001 "Solicitud de acreditación o reacreditación". Código: RG – INDOT– 270		
2. Formulario 002.RIÑ "Requerimientos para Acreditación y Reacreditación del Programa de Trasplante Cardiaco Adulto y/o Pediátrico". Código: RG – INDOT – 376		
3. Análisis estadístico de la actividad trasplantológica realizada durante los dos últimos años de acreditación, considerando lo que indica el Instructivo de acreditación correspondiente.		

En, a..... dedel

<p>Instituto Nacional de Donación y Trasplante de Órganos, Tejidos y Células INDOT</p>  <p>República del Ecuador</p>	REQUERIMIENTOS PARA ACREDITACIÓN O REACREDITACION DEL PROGRAMA DE DONACION Y TRASPLANTE CARDIACO ADULTO Y/O PEDIATRICO				FECHA: 02-11-2022
	Versión: 04				CÓDIGO: RG-INDOT-376
	PUBLICADO	EN ANALISIS	BORRADOR	OBSOLETO	PÁGINA: 5 de 5
	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

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