

<p>Instituto Nacional de Donación y Transplante de Órganos, Tejidos y Células INDOT</p>  <p>República del Ecuador</p>	REQUERIMIENTOS PARA LA ACREDITACIÓN DEL PROGRAMA DE DONACIÓN Y TRASPLANTE RENOPANCREÁTICO Y/O PANCREÁTICO ADULTO Y/O PEDIÁTRICO	FECHA: 12-09-2024								
	Versión: 01	CÓDIGO: RG-INDOT-582								
	<table border="0"> <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"/>	PÁGINA: 1 de 5
	PUBLICADO	EN ANALISIS	BORRADOR	OBSOLETO						
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							

FORMULARIO 002.PAN

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:	Renovación:

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:	

<p>Instituto Nacional de Donación y Transplante de Órganos, Tejidos y Células INDOT</p>  <p>República del Ecuador</p>	<p>REQUERIMIENTOS PARA LA ACREDITACIÓN DEL PROGRAMA DE DONACIÓN Y TRASPLANTE RENOPANCREÁTICO Y/O PANCREÁTICO ADULTO Y/O PEDIÁTRICO</p>	<p>FECHA: 12-09-2024</p>
		<p>CÓDIGO: RG-INDOT-582</p>
	<p>Versión: 01</p>	<p>PÁGINA: 3 de 5</p>
	<p>PUBLICADO <input checked="" type="checkbox"/> EN ANALISIS <input type="checkbox"/> BORRADOR <input type="checkbox"/> OBSOLETO <input type="checkbox"/></p>	

2.5. SERVICIOS DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD:

	SI	NO
SERVICIOS HOSPITALARIOS:		
Consulta externa		
Hospitalización		
Imagenología		
Anatomía patológica		
Emergencia		
Laboratorio		
Bloque quirúrgico y anestesia		
Cuidados intensivos		
Hemodinamia		
Banco de sangre		
SERVICIOS ADMINISTRATIVOS:		
Secretaría del servicio		
Archivo de documentos de donación y trasplantes		
Epidemiología		
Mantenimiento		

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. Acreditación activa de dos (2) años en el Programa de trasplante renal con una actividad mínima de 12 trasplantes renales por año			
2. Formulario 001 "Solicitud de acreditación o reacreditación". Código: RG – INDOT– 270			
3. Formulario 002.PAN "Requerimientos para la acreditación del programa de donación y trasplante renopancreático y/o pancreático adulto y/o pediátrico". Código: RG – INDOT – 582			
4. Permiso de funcionamiento vigente del establecimiento de salud.			
5. Copia del Registro Único de Contribuyentes;			
6. Copia del nombramiento del Representante legal o máxima autoridad del requirente.			
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			

Instituto Nacional de Donación y Transplante de Órganos, Tejidos y Células INDOT 	REQUERIMIENTOS PARA LA ACREDITACIÓN DEL PROGRAMA DE DONACIÓN Y TRASPLANTE RENOPANCREÁTICO Y/O PANCREÁTICO ADULTO Y/O PEDIÁTRICO		FECHA: 12-09-2024
			CÓDIGO: RG-INDOT-582
	Versión: 01		PÁGINA: 4 de 5
	PUBLICADO	EN ANALISIS	
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

8. Esquema organizacional del equipo de trasplante según el instructivo correspondiente.			
9. Documento que garantice que el establecimiento de salud cuenta con los servicios de especialidades especificados en el instructivo correspondiente.			
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.			
15. Documento que certifique las condiciones para la movilización y logística del equipo quirúrgico de ablación, en el caso de aceptar la oferta pancreática de una ciudad fuera de la que se encuentra el establecimiento de salud			
16. Listado de los exámenes serológicos del donante que realiza el laboratorio del establecimiento de salud considerando lo que indica el instructivo de acreditación correspondiente			
17. Protocolos y Manuales de Procedimientos del programa de trasplante renopancreático y/o pancreático indicados en el instructivo de acreditación correspondiente.			

3. RENOVACIÓN		
IMPORTANTE: En el caso de renovación, es necesario enviar únicamente la documentación que haya perdido vigencia, así como <u>DE LOS CAMBIOS O VARIACIONES QUE HUBIERA EN EL ESTABLECIMIENTO DE SALUD O EN LOS PROCEDIMIENTOS PARA REALIZAR EL TRASPLANTE.</u>		
	SI	NO
1. Formulario 001 "Solicitud de acreditación o reacreditación". Código: RG – INDOT– 270		
2. Formulario 002.PAN "Requerimientos para la acreditación del programa de donación y trasplante renopancreático y/o pancreático adulto y/o pediátrico". Código: RG – INDOT – 582		
3. Análisis estadístico de la actividad trasplantológica realizada durante los últimos años de acreditación, considerando lo que indica el instructivo de acreditación correspondiente.		

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

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

<p>Instituto Nacional de Donación y Transplante de Órganos, Tejidos y Células INDOT</p>  <p>República del Ecuador</p>	REQUERIMIENTOS PARA LA ACREDITACIÓN DEL PROGRAMA DE DONACIÓN Y TRASPLANTE RENOPANCREÁTICO Y/O PANCREÁTICO ADULTO Y/O PEDIÁTRICO		FECHA: 12-09-2024	
			CÓDIGO: RG-INDOT-582	
	Versión: 01			PÁGINA: 5 de 5
	PUBLICADO	EN ANALISIS	BORRADOR	
	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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