**FORMULARIO 002.HIGSPTX EXPEDIENTE Nº:**

(USO DEL INDOT)

|  |
| --- |
| **1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD** |

|  |
| --- |
| **Nombre/Razón Social:** |
| **Dirección:** |
| **Teléfonos:** |
| **Correo electrónico:** |
| **Ciudad: Provincia:** |
| **Nombre del Director:** |
| **Permiso de funcionamiento sanitario:** |
| **Categoría: Red Pública Integral de Salud: Red Privada Complementaria:** |
| **Acreditación: Re acreditación:** |

|  |
| --- |
| **2. DOCUMENTACIÓN REQUERIDA** |

**IMPORTANTE: En el caso de re acreditación, es necesario enviar la documentación DE LOS CAMBIOS O VARIACIONES QUE HUBIERAN EN EL ESTABLECIMIENTO O EN LOS PROCEDIMIENTOS PARA REALIZAR EL TRASPLANTE.**

|  |
| --- |
| **2.1. LIDER DEL EQUIPO** |

|  |
| --- |
| **Nombre:** |
| **N° de Registro de SENESCYT:** |
| **Especialidad:** |
| **Dedicación (Tiempo %):** |
| **Dirección:** |
| **Teléfonos:** |
| **Correo electrónico:** |

|  |
| --- |
| **2.2. COORDINADOR/A INTRAHOSPITALARIO/A DE TRASPLANTE (PROCURADOR)** |

|  |  |
| --- | --- |
| **Nombre:** | |
| **N° de Registro de SENESCYT:** | |
| **Especialidad:** | |
| **Dedicación (Tiempo %):** | |
| **Dirección:** | |
| **Teléfonos:** | |
| **Correo electrónico:** |

|  |
| --- |
| **2.3. PERSONAL DE SALUD**  **(Formulario 003 por cada profesional)** |

|  |
| --- |
| El equipo de trasplante hepático para seguimiento de pacientes trasplantados deberá estar integrado como *mínimo* por los siguientes profesionales: |

|  |  |
| --- | --- |
| **Número** | **Profesional** |
| 1 | Médico especialista en gastroenterología con orientación a hepatología |
| 1 | Médico especialista en pediatría |
| 1 | Enfermera en Hospitalización |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nombre | Especialidad | Función | **Dedicación (%)** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **2.4. SERVICIOS DE LA UNIDAD DE SALUD:**  **ANEXO 1 (más detalle)** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **SI** | **NO** |
| **SERVICIOS FINALES :** |  |  |
| 1. Consulta externa |  |  |
| 2. Urgencias |  |  |
| 3. Hospitalización |  |  |
| 4. Seguimiento de Pacientes |  |  |
| 5. Medicina Preventiva |  |  |
| 6. Saneamiento Ambiental |  |  |
| **SERVICIOS INTERMEDIOS:** |  |  |
| 7. Farmacia |  |  |
| 8. Enfermería |  |  |
| 9. Imagenología |  |  |
| 10. Laboratorio |  |  |
| 11. Banco de sangre |  |  |
| 12. Anatomía Patológica |  |  |
| 13. Cuidados Intensivos |  |  |
| 14. Docencia no universitaria |  |  |
| 15. Docencia universitaria. |  |  |
| **SERVICIOS ADMINISTRATIVOS:** |  |  |
| 16. Dirección |  |  |
| 17. Administración |  |  |
| 18. Personal |  |  |
| 19. Suministros |  |  |
| 20. Financiera |  |  |
| 21. Estadística e Información |  |  |
| 22. Servicios Generales |  |  |
| 23. Mantenimiento |  |  |

|  |
| --- |
| **2.5 DOCUMENTOS INSTITUCIONALES** |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **SI** | **NO** | **NA** |
| 1. Formularios correspondientes   - Formulario 001: Solicitud de acreditación.  - Formulario 002.HIGSPTX: Requerimientos para acreditación en el programa de trasplante hepático |  |  |  |
| 1. Permiso de funcionamiento del establecimiento de salud actualizado. |  |  |  |
| 1. 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. |  |  |  |
| 1. Copia del Registro Único de Contribuyentes; |  |  |  |
| 1. Copia del nombramiento del Representante legal o máxima autoridad del requirente. |  |  |  |
| 1. Esquema organizacional del equipo de trasplante según el manual de acreditación del INDOT. |  |  |  |
| 1. Documento que certifique que su Establecimiento de Salud tiene un Sistema de Gestión de Calidad. |  |  |  |
| 1. Información estadística de la actividad trasplantológica realizada por la unidad con sus análisis respectivo por ejemplo principales avances y problemas. (SOLO EN CASO DE REACREDITACIÓN) |  |  |  |
| 1. Carta motivada para la creación de Programa de Trasplante elaborado por el Comité de Bioética. |  |  |  |
| 1. Perfil epidemiológico del Establecimiento de Salud |  |  |  |
| 1. Protocolos a aplicarse en el programa de trasplante a acreditarse (pueden ser en formato digital/escaneado o físico, en ambos casos deberán contar con firmas de responsabilidad) |  |  |  |
| 1. Información detallada de las características, disponibilidad y cálculo de necesidades anuales de: 2. Materiales 3. Insumos clínicos 4. Equipos e instrumental quirúrgico |  |  |  |
| 1. Listado de medicamentos e insumos de acuerdo a los protocolos del programa de trasplante. |  |  |  |
| 1. Plan de mantenimiento anual de equipamiento acorde al programa de trasplante (EN CASO DE REACREDITACIÓN PRESENTAR RESPLADOS DE MANTENIMIENTOS REALIZADOS) |  |  |  |

**En……………………………………….…….,a…………………………………….del ……………**

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