**LISTA DE VERIFICACIÓN – ANEXO 1**

**ACREDITACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD EN EL PROGRAMA DE TRASPLANTE HEPÁTICO EN LA FASE DE SEGUIMIENTO POSTRASPLANTE**

(Lo que se verificará en la visita de inspección)

|  |
| --- |
| **SERVICIOS FINALES** |
|  |  |  |  |  |  |
| **1. CONSULTA EXTERNA** |
| **Cómo servicio organizado** | **SI** | **NO** |
| Cuenta con consulta externa |   |   |
| Es un servicio centralizado |   |   |
| **Consulta de especialidades médicas** | **DIARIO** | **PERIODICO** |
| Medicina interna |   |   |
| Neumología |   |   |   |   |   |
| Cardiología |   |   |
| Neurología |   |   |
| Gastroenterología con orientación a Hepatología (con experiencia en el seguimiento postrasplante) |   |   |
| Pediatría |   |   |
| Infectología |   |   |
| Ginecología  |   |   |   |   |   |
| Oftalmología |   |   |   |   |   |
| Otorrinolaringología  |   |   |   |   |
| Psiquiatría / psicología  |   |   |
| Nutrición |   |   |
| Odontología |   |   |   |   |   |
| Endocrinología |   |   |
| Fisioterapia |   |   |
| Personal de trabajo social |   |   |
| Otros (describa) |   |   |
|   |   |   |
| **2. URGENCIA** |
| **Cómo servicio organizado** | **SI** | **NO** |
| Cuenta con servicio de urgencias |   |   |
| Es un servicio centralizado |   |   |
| **Cuenta con turno de** | **ESTABLE** | **DISPONIBLE** |
| Médico general |   |   |
| **Cuenta con turnos de especialistas** |   |   |
| Médico internista |   |   |
| Pediatra |   |   |
| Anestesiólogo |   |   |
| Gastroenterología con orientación a Hepatología  |   |   |   |
| Cirugía general |   |   |
| Otros |   |   |
|   |   |   |
|   |   |   |
| **Brinda atención** | **24h** | **12h** |
| Como servicio |   |   |
| **Cuenta con los siguientes auxiliares de diagnóstico y tratamiento** |
| **Horario** | **24h** | **DIA** |
| Laboratorio |   |   |
| Radiología |   |   |
| Transfusiones |   |   |
| Anestesiología |   |   |
| Otros |   |   |
|   |   |   |
|   |  |  |  |  |   |
| **3. HOSPITALIZACIÓN** |
|  |  |   |
| **Habitación** | **SI** | **NO** |
| Individual |   |   |
| Aislada |   |   |
| Baño exclusivo |   |   |
| Con ducha |   |   |
| Extractor de aire |   |   |
| Luces bajas y altas |   |   |
| Sistema comunicación con enfermería |   |   |
| Cama hospitalaria |   |   |
| Sala de aislamiento |   |   |
| **Tiene personal asignado a hospitalización específicamente** |  |   |
| Las 24 horas |  |  |
| Médico |   |   |
| Enfermería |   |   |
| Central de enfermería |   |   |
| Coche de paro |   |   |
| Carro de curaciones |   |   |
|   |  |  |  |  |   |
| **Cuenta con los siguientes auxiliares de diagnóstico y tratamiento** |  |   |
| Horario | **DIURNO** | **24 HORAS** |
| Radiología |   |   |
| Transfusiones |   |   |
| Laboratorio |   |   |
| Farmacia |   |   |
| Electrodiagnóstico |   |   |
|  |
| **4. SEGUIMIENTO DE PACIENTES** |
| **Realiza seguimiento a pacientes** |  |   |
| A cargo de:  | **PROGRAMADA** | **OCASIONAL** |
| Médico especialista |   |   |
| Trabajadora social |   |   |
| Otro |   |   |
|   |   |   |   |   |   |
|  |
| **5- MEDICINA PREVENTIVA** |
| **Programa de educación en Salud:** | **PROGRAMA** | **SIN PROGRAMA** |
| Charlas |   |   |
| Videos |   |   |
| Otros |   |   |
| Vigilancia epidemiológica área de responsabilidad |   |   |
| Notifica enfermedades de reporte obligatorio |   |   |
|  |
| **6. SANEAMIENTO AMBIENTAL** |
| Cuenta con | **SI** | **NO** |
| Servicio de atención al medio ambiente |   |   |
| **A cargo de: excluyentes** |  |  |
| Promotor de Saneamiento |   |   |
| Supervisor de Saneamiento |   |   |
| Profesional |   |   |
| Otros |   |   |
| **Realiza acciones de control de** |  |  |
| Eliminación de basuras |   |   |
| Alimentos |   |   |
| Salud ocupacional |   |   |
| **Servicios intermedios** |
|
|   |
|   |
| **7. FARMACIA** |
| Como servicio organizado  | **SI** | **NO** |
| Cuenta con servicio de farmacia |   |   |
| Centralizado |   |   |
| **A cargo de** | Excluyentes |  |
| Químico farmacéutico |   |   |
| Otros: |   |   |
| **Tiene depósito** |   |  |
| General |  |   |
| Especial para sicofármacos |  |  |
|   |
| **8. ENFERMERÍA** |
| Como servicio organizado  | **SI** | **NO** |
| Cuenta con servicio de enfermería |  |   |
| A cargo de |   |  |
| Enfermera |  |  |
| Tiene personal asignado Horarios excluyentes hora | **8 HORAS** | **8 A 16 HORAS** |
| Consulta externa |   |   |
| Preparación de materiales |   |   |
| Bloque quirúrgico |   |   |
| Hospitalización |   |   |
| Cuidados intensivos |   |   |
| Recuperación |   |   |
| Urgencias |   |   |
|   |
| **9. SERVICIO POR IMÁGENES** |
| Como servicio organizado  |   |   |
| Cuenta con | **SI** | **NO** |
| Servicio organizado de diagnóstico por imágenes |   |   |
| Es un servicio centralizado |   |   |
| Realiza |   |   |
| Radiografía simple |   |   |
| Ecografía (abdominal ) |   |   |
| Tomografía |   |   |
| Gammagrafía  |   |   |   |   |   |
| Resonancia magnética |   |   |
| Endoscopia digestiva alta  |   |   |   |   |
| Colonoscopía  |   |   |   |   |   |
| CPRE |   |   |   |   |   |
| Protocolos para procedimientos invasivos |   |   |
| Protocolos para procedimientos con sedación y o analgesia |   |   |
|   |   |   |
| **A cargo de**  | **Excluyente** | **SI** | **NO** |
| Médico radiólogo |   |   |
| Técnico radiólogo |   |   |
|   |
| **10. LABORATORIO CLÍNICO** |
| Como servicio organizado | **SI** | **NO** |
| Cuenta con laboratorio |   |   |
| Es un servicio centralizado |   |   |
| A cargo de | Excluyente |  |  |
| Médico patólogo |   |   |
| Laboratorista |   |   |
| Técnico laboratorista |   |   |
| Auxiliar de laboratorio |   |   |
| **Realiza** |  |  |
| Toma de muestras |   |   |
| Test reactivo |   |   |
| Hematología  |   |   |
| Química sanguínea completa  |  |  |  |  |
| Perfil hormonal  |   |  |  |  |  |
| **Serología** |
| \* Virus de la inmunodeficiencia humana (VIH)a |   |   |   |
| \* Hepatitis B: VHB - antígeno de superficie (hbsag)(a) |   |   |
| \* VHB - antígeno core (hbcac igm/igg)(b) |   |   |   |
| \* VHB - anticuerpo de superficie (hbsac) |   |   |   |
| \* ADN - VHB en plasma si hbcac positivo |   |   |   |
| \* Hepatitis C (ELISA y PCR) |   |   |   |   |
| \* Citomegalovirus (CMV igg/igm) |   |   |   |   |
| \* Epstein -Barr (EBV igg7igm) |   |   |   |   |
| \* Vdrl |   |   |   |   |   |
| \* Ig G para Varicela-zóster |   |   |   |   |
| \* Herpes I y II |   |   |   |   |   |
| \* Rubeola. |   |   |   |   |   |
| \* Chagas |   |   |   |   |   |
| \* Detección de Treponema palidum, toxoplasma. |   |   |   |
| \* Ppd (mantoux). |   |   |   |   |
| Microbiología |   |   |
| Patología |   |   |
| Dosificación de inmunosupresores |   |   |
|   |
| **10. SERVICIO DE TRANSFUSIONES Y BANCO DE SANGRE** |
| Cuenta con | Excluyentes | **SI** | **NO** |
| Servicio de transfusiones |   |   |
| Banco de sangre |   |   |
| A cargo de | Excluyentes |  |
| Médico hematólogo |   |   |
| Bacteriólogo |   |   |
| Auxiliar de banco de sangre |   |   |
| Realiza |  |  |
| Extracción de sangre para banco |  |   |
| Determinación de grupo A, B, O, Rh |  |   |
| Detección de anticuerpos |  |   |
| Almacenamiento y transporte de componentes sanguíneos |  |   |
| Stocks de insumos |  |   |
| Transfusiones de sangre |   |   |
| Estudios de compatibilidad |  |  |
| Vigilancia de efectos adversos |  |  |
| Administración de transfusiones |  |  |
| Concentrado de glóbulos rojos |   |   |
| Concentrado plaquetario |   |   |
| Suero antihemofílico |   |   |
| Exanguíneotransfusión |   |   |
| Registro de actividades |   |   |
|   |
| **11. ANATOMÍA PATOLÓGICA** |
| Como servicio organizado  | **SI** | **NO** |
| Cuenta con servicio de anatomía patológica |   |   |
| A cargo de  | Excluyentes |  |  |
| Patólogo |   |   |
| Citotécnico |   |   |
| **Realiza** |  |  |
| Necropsias |  |   |
| Biopsias |   |   |
| Biopsias por congelación |   |   |   |   |
| Citologías |   |   |
| Posee protocolos o guías de manejos de procedimientos |   |   |
|   |
| **12. CUIDADOS INTENSIVOS** |
| Como servicio organizado  | **SI** | **NO** |
| Cuenta con personal de enfermería capacitado |   |   |
| **Cuenta con áreas para atención intensiva** |  |
| Renal |  |  |
| Cardiovascular |  |  |
| Neurológica |  |  |
| Área de Aislamiento |  |  |
| Fácil acceso a centro quirúrgico |  |  |
| Fácil acceso a hospitalización |  |  |
| Personal médico especialista del servicio |  |  |
| Equipo básico de resucitación (coche de paro con desfibrilador de acceso inmediato) |  |  |
| Bomba de infusión |  |  |
| Toma y máquina de Diálisis  |  |  |
| Sistema de calentamiento de líquidos y sangre |  |  |
| Equipo mínimo para manejo de vía aérea (laringoscopio con hojas para adultos y niños, tubos endotraqueales, mascarillas laríngeas, equipo de intubación) |  |  |
|   |
| **13. DOCENCIA NO UNIVERSITARIA** |
| Realiza entrenamiento al personal | **SI** | **NO** |
| A médico |   |   |
| A paramédico |   |   |
| A administrativo |   |   |
| **Realiza** |  |  |
| Instrucción formal |  |  |
| Instrucción no formal |   |   |
|   |
| **14. DOCENCIA UNIVERSITARIA** |
| **Tiene internos en los servicios de** | **SI** | **NO** |
| Medicina interna |   |   |
| Cirugía general  |   |   |
| Pediatría |   |   |
| Gastroenterología  |   |   |
| **Tiene postgradistas en los servicios de** |  |
| Medicina interna |   |   |
| Cirugía general  |   |   |
| Pediatría |   |   |
| Gastroenterología  |   |   |   |   |
| Terapia intensiva |   |   |
| Otra capacitación de pregrado |  |  |
| Otra capacitación de postgrado |  |  |
| En los siguientes servicios |   |   |
|   |   |   |
|   |   |   |
|   |   |   |
|   |
| **Servicios administrativos** |
|   |
| **15- DIRECCIÓN** |
| Señale | **SI** | **NO** |
| Cuenta con Director |   |   |
| Especializado en Salud Pública o Administración de Salud |   |   |
| **Cuenta con comités de apoyo a la dirección describa** |   |   |
| Infecciones |   |   |
| Trasplantes |   |   |
| Farmacovigilancia |   |   |   |   |
| Bioética  |   |   |   |   |   |
| Calidad |   |   |
| Otras describa |   |   |
|   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |
| Cuenta con Comité Técnico Asesor |   |   |
| Juntas de Apoyo al hospital  |   |   |
| Otras describa |   |   |
|   |   |   |
|   |   |   |
|   |   |   |
|   |  |
| **16. ADMINISTRACIÓN** |
| Señale | **SI** | **NO** |
| Cuenta con administrador |   |   |
| Con capacitación específica |   |   |
| Tiene personal exclusivamente dedicado a |  |  |
| Personal |  |   |
| Suministros |  |   |
| Financiero |  |   |
| Información |  |   |
| Servicios generales |  |   |
| Mantenimiento |  |   |
|   |
| **17. TALENTO HUMANO** |
| Señale | **SI** | **NO** |
| Cuenta con Departamento de Talento Humano  |   |   |
| **A cargo de** |   |   |
| Profesional |   |   |
| Técnico |   |   |
| **Tiene personal designado a** |  |  |
| Selección y registro de Talento Humano |   |   |
| Control de Talento Humano |   |   |
| Desarrollo de Talento Humano |   |   |
|   |
| **18. SUMINISTROS** |
| Señale | **SI** | **NO** |
| Cuenta con departamento de suministros |   |   |
| Centralizado |   |   |
| **A cargo de** |  |  |
| Profesional |   |   |
| Técnico |   |   |
| **Designa personal a**  |  |  |
| Adquisiciones |   |   |
| Almacén |   |   |
| Inventarios |   |   |
|   |   |
| **19. FINANCIERO** |
| Señale  | **SI** | **NO** |
| Tiene departamento financiero |   |   |
| **A cargo de** |   |   |   |
| Profesional |   |   |
| Técnico |   |   |
| **Designa personal exclusivamente a** |   |   |
| Presupuesto |   |   |
| Contabilidad |   |   |
| Costos |   |   |
| Tesorería y Cajas |   |   |
| Cuentas y Cobranzas |   |   |
| **Existe un sistema de costos establecido por** |   |   |
| Actividad |   |   |
| Departamento |   |   |
| Paciente |   |   |
|   |
| **20. ESTADÍSTICA E INFORMACIÓN** |
| Señale | **SI** | **NO** |
| Tiene servicio de información |   |   |
| **A cargo de** | **Excluyentes** |  |
| Profesional |   |   |
| Técnico |   |   |
| **Designa personal a** |  |
| Admisión |   |   |
| Registros médicos  |   |   |
| Procesamiento de datos |   |   |
| Emisión y análisis de la información |   |   |
| **Cuenta con** |  |
| Archivo centralizado |   |   |
| Historia clínica única |   |   |
| Índice diagnóstico |   |   |
| **El procesamiento de datos se realiza Excluyentes** |  |
| Manual |   |   |
| Sistematizado |   |   |
|   |
| **21. SERVICIOS GENERALES** |
| Señale | **SI** | **NO** |
| Tiene departamento de servicios generales |   |   |
| **A cargo de** | **Excluyentes** |  |
| Profesional |   |   |
| Técnico |   |   |
| Otros |   |   |
| **Designa personal a** |  |
| Comunicaciones |   |   |
| Transporte |   |   |
| Aseo |   |   |
| Cocina |   |   |
| Lavandería y ropería |   |   |
| Vigilancia |   |   |
| **Cuenta con** |  |
| Radioteléfono |   |   |
| Teléfono |   |   |
| Ambulancia |   |   |
| Vehículos de uso múltiple |   |   |
| Servicio centralizado para preparación de alimentos |   |   |
| Cocinas auxiliares o de piso |   |   |
| **Lavandería**  |  |
| Tiene lavandería |   |   |
| Manual |   |   |
| Semimecanizado |   |   |
| Automatizado |   |   |
| Tercerizado |   |   |
| **Ropería** |  |
| Tiene ropería |   |   |
| Confecciona ropa |   |   |
| Repara ropa |   |   |
| Personal de aseo específico |  |  |
| Áreas estériles |   |   |
| Manual de bioseguridad |   |   |
|  |
| **22. MANTENIMIENTO** |
| Señale | **SI** | **NO** |
| Cuenta con Departamento de Mantenimiento |   |   |
| **A cargo de** | **Excluyentes** |   |
| Profesional |   |   |
| Técnico |   |   |
| Otro |   |   |
| **Realiza mantenimiento verificar plan por equipos** |   |
| Correctivo |   |   |
| Preventivo |   |   |
|   |  |  |  |  |   |
| **Derechos de los pacientes** |
|   |  |  |  |  |   |
| **23. DERECHOS** |
| Señale | **SI** | **NO** |
| **Se entrega información en formato y lenguaje claro y sencillo, a los y las pacientes, incluyendo información específica sobre el relacionado a estudios, investigaciones o ensayos clínicos relevantes para sus necesidades de tratamiento.** |   |   |
| A.     Sobre sus derechos |   |   |
| B.    Sobres sus responsabilidades  |   |   |
| **La institución presta atención respetuosa ante los valores, durante la realización de procedimientos, exploraciones y tratamientos.** |   |   |
| A.     Ante los valores de los pacientes |   |   |
| B.    Ante las creencias |   |   |
| C.     Ante su intimidad |   |   |
| **Se identifica correctamente al paciente (utilizando identificadores) sin incluir el número de habitación.** |   |   |
| El proceso se realiza antes de la ejecución de procedimientos y tratamientos. |   |   |
| La Unidad de Salud y el personal que labora, respetan y garantizan la confidencialidad de la información proporcionada por el o la paciente, durante el proceso de trasplante, incluyendo, el secreto de su estancia en la unidad de salud, salvo por exigencias legales imprescindibles. |   |   |
| **La Unidad de Salud, dispone de procedimientos que definen el proceso para garantizar la cirugía en el lugar correcto, con el procedimiento correcto y con el paciente correcto, que incluye**  |   |   |
| A.     Identificación del área quirúrgica, |   |   |
| B.    Verificación correcta de los documentos del paciente |   |   |
| C.     Funcionamiento correcto de los equipos. |   |   |
| La Unidad de Salud, dispone de normas y procedimientos para la higiene de manos, publicadas en las aéreas relacionadas con el trasplante de órganos y tejidos. |   |   |
| **La institución implementa medidas y procedimientos para**  |   |   |
| A.     Reducir el riesgo de daño al paciente, producido por caídas |   |   |
| B.    Proteger contra agresiones físicas por parte de visitas, otros pacientes y del personal. |   |   |
| **La institución identifica y proporciona protección a:** |   |   |
| A.     Niños |   |   |
| B.    Ancianos |   |   |
| C.     Discapacitados |   |   |
| D.    Demás población vulnerable |   |   |
| **La institución proporciona información en un lenguaje que puedan entender los pacientes y familiares, cuando sea oportuno, sobre:** |   |   |
| A.     El estado médico |   |   |
| B.    Diagnóstico |   |   |
| C.     Consentimiento e imprevistos |   |   |
| **Se describen en documentos oficiales de la Unidad de Salud:** |   |   |
| A.     Los casos en que debe requerir el consentimiento informado |   |   |
| B.    El documento y/o formulario, que describa las características e información sobre el procedimiento a realizar |   |   |
| C.     Objetivos de la intervención |   |   |
| D.    Sus características |   |   |
| E.     Problemas relacionados con la recuperación |   |   |
| F.     Nombres y firma del paciente |   |   |
| G.    Del profesional responsable |   |   |
| H.     Fecha de obtención del consentimiento. |   |   |
| El procedimiento quirúrgico no se inicia hasta que todas las preguntas y preocupaciones del paciente y familiares, queden resueltas. |   |   |
| La institución proporciona información para fortalecer la decisión de donación de órganos y tejidos. |   |   |
| La institución dispone de convenios de actividad docente asistencial con centros universitarios, aprobados por la dirección del centro y que incluyan el respeto a la dignidad y derechos de los pacientes. |   |   |
| **La Unidad de Salud, dispone de registros de investigaciones en seres humanos,**  |   |   |
| A.     Aprobadas por los comités de bioética e investigación |   |   |
| B.    Autorizados por la autoridad sanitaria nacional. |   |   |
| **Los pacientes en espera de trasplante y/o trasplantados en condiciones de emergencia, urgentes o inmediatas tienen prioridad en su evaluación y tratamiento.** |   |   |