**LISTA DE VERIFICACIÓN – ANEXO 1**

**ACREDITACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD EN EL PROGRAMA DE TRASPLANTE OSTEO MUSCULAR LIGAMENTOSO**

(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** |
| Cardiología | | | |  |  |
| Neumología | | | |  |  |
| Fisioterapia | | | |  |  |
| personal de trabajo social | | | |  |  |
| **Consulta de Traumatología** | | | |  |  |
| Atendida por: | | | | **DIARIO** | **PERIODICO** |
| Traumatólogo | | | |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| **2. HOSPITALIZACION** | | | | | |
|  | | | |  |  |
| **Habitación** | | | | **SI** | **NO** |
| individual | | | |  |  |
| baño | | | |  |  |
| con ducha | | | |  |  |
| extractor de aire | | | |  |  |
| luces bajas y altas | | | |  |  |
| sistema comunicación con enfermería | | | |  |  |
| cama hospitalaria | | | |  |  |
| **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 | | | |  |  |
| Laboratorio | | | |  |  |
| Farmacia | | | |  |  |
|  | | | | | |
| **3. SEGUIMIENTO DE PACIENTES** | | | | | |
| **Realiza seguimiento a pacientes trasplantados** | | | |  |  |
| A cargo de: | | | | **PROGRAMADA** | **OCASIONAL** |
| Médico Especialista | | | |  |  |
| Trabajadora Social | | | |  |  |
| otro | | | |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  | | | | | |
| **4- MEDICINA PREVENTIVA** | | | | | |
| **Programa de educación en Salud:** | | | | **PROGRAMADA** | **OCASIONAL** |
| Charlas | | | |  |  |
| videos | | | |  |  |
| Otros | | | |  |  |
| Vigilancia epidemiológica área de responsabilidad | | | |  |  |
|  | | | | | |
| **5. 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 | | | |  |  |
|  | | | | | |
| **SERVICIOS INTERMEDIOS** | | | | | |
|
|  | | | | | |
| **6. BLOQUE QUIRURGICO** | | | | | |
| Como servicio organizado cuenta con | | | | **SI** | **NO** |
| Servicio de bloque quirúrgico | | | |  |  |
| Es un servicio centralizado | | | |  |  |
| **Cuenta con** | | | |  | |
| Quirófano general | | | |  |  |
| Quirófanos especializados | | | |  |  |
| funcionamiento de 24 horas | | | |  |  |
| **Equipamiento Quirúrgico necesario en cada quirófano para Trasplante de Tejido Osteo Muscular Ligamentoso** | | | | | |
| Analizador de gases y electrolitos (cables de ECG, Saturación de O2, Capnografía CO2, PVC, PA, PANI, Swan- Ganz) | | | |  |  |
| Vitrinas metálicas o muebles para equipos e instrumental quirúrgico, insumos o medicamentos | | | |  |  |
| Set básico para cirugía Traumatológica. | | | |  |  |
| material de sutura y otros (diversos tipos, números, cobertor o colchón térmico, almohadas, sondas) | | | |  |  |
| luz de emergencia | | | |  |  |
| mesa quirúrgica adecuada que cambie de posiciones | | | |  |  |
| mesa para instrumental quirúrgico | | | |  |  |
| mesa accesoria para instrumental quirúrgico | | | |  |  |
| oxigeno central o en balones | | | |  |  |
| aspiración central o portátil | | | |  |  |
| electrobisturi-electrocauterio | | | |  |  |
| **A cargo de** | | excluyentes | |  | |
| Especialistas | | | |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| **7. ALMACENAMIENTO TEMPORAL** | | | | | |
|  | | | | **SI** | **NO** |
| Espacio mínimo de 3.6m2 | | | |  |  |
| Aire acondicionado | | | |  |  |
| Congelador debe registrar una temperatura mínima de menos 30°C. | | | |  |  |
| Monitoreo y registro de temperatura tres veces al día. | | | |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| **8. ESTERILIZACION** | | | | | |
| Como servicio organizado cuenta con | | | | **SI** | **NO** |
| Servicio de esterilización | | | |  |  |
| Es un servicio centralizado | | | |  |  |
| Realiza esterilización por | | no excluyentes | |  |  |
| Ebullición | | | |  |  |
| Autoclave | | | |  |  |
| Gases | | | |  |  |
| Tiene personal | | | | **Exclusivo** | **No exclusivo** |
| Asignado al sector | | | |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| **9. ANESTESIOLOGIA** | | | | | |
| Como servicio organizado cuenta con | | | | **SI** | **NO** |
| Servicio de Anestesiología | | | |  |  |
| Centralizado | | | |  |  |
| **A cargo de** | |  | |  | |
| Médico anestesiólogo | | | |  |  |
| **Realiza anestesia** | | | |  | |
| Local | | | |  |  |
| Raquídea | | | |  |  |
| Peridural | | | |  |  |
| Analgesia por relajación | | | |  |  |
| Anestesia general por gases | | | |  |  |
| Dispone de sala de recuperación | | | |  |  |
| **Instrumental** | | | |  | |
| bombas de infusión | | | |  |  |
| laringoscopio con hojas para adultos y niños | | | |  |  |
| Máquina de anestesia que dispone de: alarma, Capnografía y oximetría, seguro de mezcla hipoxia, vaporizadores de gases anestésicos, monitor de oxígeno, monitor de presiones en vía aérea y ventilador. | | | |  |  |
| equipos básico de resucitación (coche de paro con desfibrilador de acceso inmediato) | | | |  |  |
| elementos mínimos de monitoreo para brindar anestesia: monitor multiparametro (electrocardiografía continua, presión arterial no invasiva e invasiva, presión venosa central, monitor de signos vitales, oximetría de pulso, Capnografía y temperatura) | | | |  |  |
|  | | | | | |
| **10. 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 | | | |  |  |
| verificar listado de medicamentos (anexo) | | | |  | |
|  | | | | | |
| **11. ENFERMERIA** | | | | | |
| Como servicio organizado | | | | **SI** | **NO** |
| Cuenta con servicio de enfermería | | | |  |  |
| A cargo de | |  | |  | |
| Enfermera | | | |  |  |
| Tiene personal asignado | | Horarios excluyentes hora | | **8 HORAS** | **8-16 HORAS** |
| Consulta externa | | | |  |  |
| Preparación de materiales | | | |  |  |
| Bloque quirúrgico | | | |  |  |
| Hospitalización | | | |  |  |
| Recuperación | | | |  |  |
|  | | | | | |
| **12. SALA DE RECUPERACION** | | | | | |
| Como servicio organizado | | | | **SI** | **NO** |
| Habitación privada o área de aislamiento | | | |  |  |
| oxigeno central o portátil | | | |  |  |
| aspiración central o portátil | | | |  |  |
| tensiómetro y estetoscopio | | | |  |  |
| equipo de monitoreo para tensión arterial, trazado electrocardiográfico y presión arterial invasiva y no invasiva | | | |  |  |
| equipo básico de resucitación (coche de paro con desfibrilador de acceso inmediato) | | | |  |  |
| bomba de infusión | | | |  |  |
| 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) | | | |  |  |
| personal de enfermería permanente | | | |  |  |
| personal médico de supervisión continua | | | |  |  |
| control estricto del proceso de atención de enfermería (control de ingesta, excreta, signos vitales) | | | |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| **13. SERVICIO POR IMÁGENES** | | | | | |
| Como servicio organizado | | | |  |  |
| Cuenta con | | | | **SI** | **NO** |
| Servicio organizado de diagnóstico por imágenes | | | |  |  |
| Es un servicio centralizado | | | |  |  |
| Realiza | | | |  |  |
| Radiografía simple | | | |  |  |
| Radiografía especializada | | | |  |  |
| Tomografía | | | |  |  |
| Resonancia Magnética | | | |  |  |
|  | | | |  |  |
| A cargo de | | excluyente | | **SI** | **NO** |
| Médico radiólogo | | | |  |  |
| Técnico radiólogo | | | |  |  |
| Auxiliar de radiología | | | |  |  |
|  | | | | | |
| **14. LABORATORIO CLINICO** | | | | | |
| 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 | | | |  |  |
| Química sanguínea y hematología | | | |  |  |
|  | | | | | |
| **15. ANATOMIA PATOLOGICA** | | | | | |
| Como servicio organizado o compra de servicios | | | | **SI** | **NO** |
| Cuenta con servicio de anatomía patológica | | | |  |  |
| A cargo de | | excluyentes | |  |  |
| Patólogo | | | |  |  |
| Citotécnico | | | |  |  |
| **Realiza** | | | |  |  |
| Biopsias | | | |  |  |
| Posee protocolos o guías de manejos de procedimientos | | | |  |  |
|  | | | | | |
| **16. DOCENCIA NO UNIVERSITARIA** | | | | | |
| Realiza entrenamiento al personal | | | | **SI** | **NO** |
| A Médico | | | |  |  |
| A Paramédico | | | |  |  |
| A Administrativo | | | |  |  |
| **Realiza** | | | |  |  |
| Instrucción formal | | | |  |  |
| Instrucción no formal | | | |  |  |
|  | | | | | |
| **SERVICIOS ADMINISTRATIVOS** | | | | | |
|  | | | | | |
| **17. DIRECCION** | | | | | |
| 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 | | | |  |  |
|  | | | |  |  |
|  |  | | | | |
| **18. ADMINISTRACION** | | | | | |
| Señale | | | | **SI** | **NO** |
| Cuenta con administrador | | | |  |  |
| Con capacitación específica | | | |  |  |
| Tiene personal exclusivamente dedicado a | | | |  |  |
| Personal | | | |  |  |
| Suministros | | | |  |  |
| Financiero | | | |  |  |
| Información | | | |  |  |
| Servicios Generales | | | |  |  |
| Mantenimiento | | | |  |  |
|  | | | | | |
| **19. ESTADISTICA E INFORMACION** | | | | | |
| 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 | | | |  |  |
|  | | | | | |
| **20. 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 | | | |  |  |
|  | | | | | |
| **21. 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** | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |
| **22. 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 | | | |  |  |
| **El establecimiento 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. | | | |  |  |
| El establecimiento 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 el establecimiento, salvo por exigencias legales imprescindibles. | | | |  |  |
| **El establecimiento 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. | | | |  |  |
| **El establecimiento de Salud, dispone de normas y procedimientos para la higiene de manos, publicadas en las aéreas relacionadas con el trasplante de órganos y tejidos.** | | | |  |  |
| **El establecimiento 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. | | | |  |  |
| **El establecimiento identifica y proporciona protección a:** | | | |  |  |
| a.     Niños | | | |  |  |
| b.    Ancianos | | | |  |  |
| c.     Discapacitados | | | |  |  |
| d.    Demás población vulnerable | | | |  |  |
| **El establecimiento 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 del Establecimiento 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.** | | | |  |  |
| **El establecimiento de salud proporciona información para fortalecer la decisión de donación de órganos y tejidos.** | | | |  |  |
| **El establecimiento de salud 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.** | | | |  |  |
| **El establecimiento 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.** | | | |  |  |