**FORMULARIO 002.COR EXPEDIENTE Nº:**

 (USO DEL INDOT)

|  |
| --- |
| **1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA UNIDAD** |

|  |
| --- |
| **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 LA UNIDAD MEDICA O EN LOS PROCEDIMIENTOS PARA REALIZAR EL TRASPLANTE O IMPLANTE.**

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

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

|  |
| --- |
| **2.2. PERSONAL DE SALUD DEL EQUIPO DE TRASPLANTES****(Formulario INDOT-RCGC-003 por cada profesional)** |

**El equipo de trasplante renal deberá estar integrado como mínimo por los siguientes profesionales:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Número** | **Profesional** |
| 1 | Médico Oftalmólogo. |
| 1 | Enfermera  |

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

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **SI** | **NO** |
| **SERVICIOS FINALES :**  |  |  |
| 1. Consulta externa |  |  |
| 2. Seguimiento de Pacientes |  |  |
| 3. Medicina Preventiva |  |  |
| 4. Saneamiento Ambiental  |  |  |
| **SERVICIOS INTERMEDIOS:**  |  |  |
| 5. Bloque quirúrgico  |  |  |
| 6. Esterilización |  |  |
| 7. Anestesia |  |  |
| 8. Farmacia |  |  |
| 9. Enfermería |  |  |
| 10. Recuperación |  |  |
| 11. Laboratorio (opcional) |  |  |
| 12. Docencia no universitaria |  |  |
| **SERVICIOS ADMINISTRATIVOS:** |  |  |
| 13. Dirección |  |  |
| 14. Administración |  |  |
| 15. Servicios Generales |  |  |
| 16. Mantenimiento |  |  |

|  |
| --- |
| **2.5 MEDICAMENTOS, MATERIALES, EQUIPOS, INSUMOS CLÍNICOS, E INSTRUMENTAL QUIRÚRGICO** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **RECURSOS MATERIALES** | **SI** | **NO** |
| 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. Registro de mantenimiento de los equipos acorde al programa de trasplante solicitado ( plan de mantenimiento anual)
 |  |  |

|  |
| --- |
| **2.6 DOCUMENTOS INSTITUCIONALES** |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **SI** | **NO** | **NA** |
| 1. Formularios del INDOT:

- Solicitud de acreditación - Formulario INDOT-RCGC-001.- Requerimientos para acreditación en el programa de trasplante renal - Formulario INDOT – RCGC -002. COR |  |  |  |
| 1. Permiso de funcionamiento del hospital 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 Unidad Médica ha implementado 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. (EN CASO DE REACREDITACION)
 |  |  |  |
| 1. Perfil epidemiológico de la Unidad Médica.
 |  |  |  |
| 1. Carta motivada para la creación de Programa de Trasplante elaborado por el Comité de Bioética.
 |  |  |  |
| Se verificara la existencia de Manuales de Procedimientos en cada servicio a Inspeccionar.  |  |  |  |

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

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