

 Ministerio de Salud Pública Instituto Nacional de Donación y Tránsito de Órganos, Tejidos y Células INDOT	REQUERIMIENTOS PARA ACREDITACIÓN EN EL PROGRAMA DE TRASPLANTE CARDÍACO	FECHA: 22-08-2016
	Versión: 01	CÓDIGO: RG-INDOT-376
	PUBLICADO <input checked="" type="checkbox"/> EN ANALISIS <input type="checkbox"/> BORRADOR <input type="checkbox"/> OBSOLETO <input type="checkbox"/>	PÁGINA: 1 de 4

FORMULARIO 002.CARD

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 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. COORDINADOR/A INTRAHOSPITALARIO/A DE TRASPLANTES (PROCURADOR)

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

 Ministerio de Salud Pública Instituto Nacional de Donación y Trasplante de Órganos, Tejidos y Células INDOT	REQUERIMIENTOS PARA ACREDITACIÓN EN EL PROGRAMA DE TRASPLANTE CARDÍACO	FECHA: 22-08-2016
	Versión: 01	CÓDIGO: RG-INDOT-376
	PUBLICADO <input checked="" type="checkbox"/> EN ANALISIS <input type="checkbox"/> BORRADOR <input type="checkbox"/> OBSOLETO <input type="checkbox"/>	PÁGINA: 2 de 4

2.3. PERSONAL DE SALUD DEL EQUIPO DE TRASPLANTES (Formulario 003 por cada profesional)

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

Especificar que profesionales pertenecen al:
- Equipo de Ablación
- Equipo de Trasplante

Número	Profesional
2	Cirujanos cardiovasculares que hayan participado activamente en 20 trasplantes cardíacos
1	Médico especialista en cardiología que hayan participado activamente en 20 trasplantes cardíacos.
1	Médico Anestesiólogo
1	Médico Intensivista
1	Médico perfusionista
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. Bloque quirúrgico		
8. Esterilización		
9. Anestesia		

 Ministerio de Salud Pública Instituto Nacional de Donación y Tránsito de Órganos, Tejidos y Células INDOT	REQUERIMIENTOS PARA ACREDITACIÓN EN EL PROGRAMA DE TRASPLANTE CARDÍACO	FECHA: 22-08-2016
	Versión: 01	CÓDIGO: RG-INDOT-376
	PUBLICADO <input checked="" type="checkbox"/> EN ANALISIS <input type="checkbox"/> BORRADOR <input type="checkbox"/> OBSOLETO <input type="checkbox"/>	PÁGINA: 3 de 4

10. Farmacia		
11. Enfermería		
12. Recuperación		
13. Imagenología		
14. Laboratorio		
15. Banco de sangre		
16. Anatomía Patológica		
17. Cuidados Intensivos		
18. Docencia no universitaria		
19. Docencia universitaria.		
SERVICIOS ADMINISTRATIVOS:		
20. Dirección		
21. Administración		
22. Personal		
23. Suministros		
24. Financiera		
25. Estadística e Información		
26. Servicios Generales		
27. 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: a. Materiales b. Insumos clínicos c. Equipos e instrumental quirúrgico		
2. Listado de medicamentos e insumos de acuerdo a los protocolos del programa de trasplante.		
3. 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 correspondientes (poner formularios) - Solicitud de acreditación - Formulario 001 - Requerimientos para acreditación en el programa de trasplante cardíaco – Formulario 002.COR			
2. Permiso de funcionamiento del establecimiento de salud vigente.			
3. 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.			
4. Copia del Registro Único de Contribuyentes;			
5. Copia del nombramiento del Representante legal o máxima autoridad del requirente.			

 Ministerio de Salud Pública Instituto Nacional de Donación y Tránsito de Órganos, Tejidos y Células INDOT	REQUERIMIENTOS PARA ACREDITACIÓN EN EL PROGRAMA DE TRASPLANTE CARDÍACO	FECHA: 22-08-2016
	Versión: 01	CÓDIGO: RG-INDOT-376
	PUBLICADO <input checked="" type="checkbox"/> EN ANALISIS <input type="checkbox"/> BORRADOR <input type="checkbox"/> OBSOLETO <input type="checkbox"/>	PÁGINA: 4 de 4

6. Esquema organizacional del equipo de trasplante según la norma de acreditación del INDOT.			
7. Documento que certifique que su Establecimiento de salud tiene un Sistema de Gestión de Calidad.			
8. Información estadística de la actividad trasplantológica realizada por la unidad con sus análisis respectivo por ejemplo principales avances y problemas. (EN CASO DE REACREDITACIÓN)			
9. Perfil epidemiológico del Establecimiento de Salud.			
10. 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 del Establecimiento de Salud
Nombre, firma y sello del Gerente General del Establecimiento de Salud