**LISTA DE VERIFICACIÓN – ANEXO 1**

**ACREDITACIÓN DE UNIDADES MÉDICAS EN EL PROGRAMA DE TRASPLANTE DE PROGENITORES HEMATOPOYÉTICOS ALOGÉNICO**

(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** |
| Anatomía Patológica | | | |  |  |
| Cardiología | | | |  |  |
| Neurología | | | |  |  |
| Medicina Critica | | | |  |  |
| Dermatología | | | |  |  |
| Inmunología | | | |  |  |
| Nefrología | | | |  |  |
| Neumología | | | |  |  |
| Odontología | | | |  |  |
| Terapia física y Rehabilitación | | | |  |  |
| Psiquiatría | | | |  |  |
| Pediatría | | | |  |  |
| Gastroenterología | |  |  |  |  |
| Nutrición | | | |  |  |
| personal de trabajo social | | | |  |  |
| **Consulta de Hematología** | | | |  |  |
| Atendida por: | | | | **DIARIO** | **PERIODICO** |
| Hematólogo | | | |  |  |
|  | | | |  |  |
| Guía de procedimientos de trasplantes autólogo de células progenitoras hematopoyéticos | | | |  |  |
| Guía de manejo de patologías susceptibles de trasplante de progenitores hematopoyéticos (tres más frecuentes) | | | |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| **2. EMERGENCIA** | | | | | |
| **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 | | | |  |  |
| Hematólogo | | | |  |  |
| Otros | | | |  |  |
|  | | | |  |  |
| **Brinda atención** | | | | **24h** | **12h** |
| Como servicio | | | |  |  |
| Cuenta con los siguientes auxiliares de diagnóstico y tratamiento | | | |  |  |
| **Horario** | | | | **24h** | **DIA** |
| Laboratorio | | | |  |  |
| Radiología | | | |  |  |
| Transfusiones | | | |  |  |
| Anestesiología | | | |  |  |
| Centro Quirúrgico | | | |  |  |
| Otros | | | |  |  |
|  | | | |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| **3. HOSPITALIZACION** | | | | | |
|  | | | |  |  |
| **Habitación** | | | | **SI** | **NO** |
| individual | | | |  |  |
| Aislada | | | |  |  |
| Baño exclusivo con sistema extracción de aire permanente, extractor que se encienda con la luz, rejilla extracción encima de la ducha. | | | |  |  |
| con ducha con filtro de agua y a 20cm encima de la cabeza del paciente | | | |  |  |
| habitación con presión positiva en relación a corredores (presión mayor a 2,5Pa) mantenido por aire acondicionado o esclusas | | | |  |  |
| paredes y pisos material antiadherente, cantos redondeados | | | |  |  |
| luces bajas y altas | | | |  |  |
| sistema comunicación con enfermería | | | |  |  |
| cama hospitalaria | | | |  |  |
| sala de aislamiento | | | |  |  |
| existencia de filtros de alta eficiencia (CHEPA) con intercambio aire mayor a 12 por hora | | | |  |  |
| paredes lisas fácilmente lavables | | |  |  |  |
| techos lisos con sistema de iluminación empotrados | | | |  |  |
| en esclusa de ingreso: batas de algodón o desechables, mascarillas, gorros, botas quirúrgicas | | | |  |  |
| acceso controlado con doble puerta y modulo completo para asea de manos | | | |  |  |
| **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 | | | |  |  |
|  | | | | | |
| **4. SEGUIMIENTO DE PACIENTES** | | | | | |
| **Realiza seguimiento a pacientes trasplantados** | | | |  |  |
| A cargo de: | | | | **PROGRAMADA** | **OCASIONAL** |
| Médico Especialista | | | |  |  |
| Trabajadora Social | | | |  |  |
| otro | | | |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  | | | | | |
| **5- MEDICINA PREVENTIVA** | | | | | |
| **Programa de educación en Salud:** | | | | **PROGRAMADA** | **OCASIONAL** |
| Charlas | | | |  |  |
| videos | | | |  |  |
| Otros | | | |  |  |
| Vigilancia epidemiológica área de responsabilidad | | | |  |  |
| Notifica enfermedades de reporte obligatoria | | | |  |  |
|  | | | | | |
| **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. BLOQUE QUIRURGICO** | | | | | |
| Como servicio organizado cuenta con | | | | **SI** | **NO** |
| Cuenta con servicio de bloque quirúrgico | | | |  |  |
| Es un servicio centralizado | | | |  |  |
| **Cuenta con** | | | |  | |
| Quirófano general | | | |  |  |
| Quirófanos especializados | | | |  |  |
| funcionamiento de 24 horas | | | |  |  |
| 2 quirófanos de acceso contiguo | | | |  |  |
| **Equipamiento Quirúrgico necesario en cada quirófano para Nefrectomía de donantes vicos o cadavéricos y trasplante renal** | | | |  | |
| Analizador de gases y electrolitos (cables de ECG, Saturación de O2, Capnografía CO2, PVC, PA, PANI, Swan- Ganz) | | | |  |  |
| Mesa de cirugía de banco en el quirófano para el receptor del trasplante | | | |  |  |
| Vitrinas metálicas o muebles para equipos e instrumental quirúrgico, insumos o medicamentos | | | |  |  |
| set básico para cirugía de banco | | | |  |  |
| dos sets básicos de cirugía mayor | | | |  |  |
| dos sets básicos de instrumental de especialidad de cirugía vascular | | | |  |  |
| set de instrumental para receptor | | | |  |  |
| 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 | | | |  |  |
| fácil acceso a unidad de terapia intensiva | | | |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| **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 | | tiempo |  | **8 HORAS** | **8-16 HORAS** |
| Consulta externa | | | |  |  |
| Preparación de materiales | | | |  |  |
| Bloque quirúrgico | | | |  |  |
| Hospitalización | | | |  |  |
| Cuidados intensivos | | | |  |  |
| Recuperación | | | |  |  |
| Urgencias | | | |  |  |
| área de trasplantes una enfermera por dos pacientes máximo | | | |  |  |
| Personal enfermería capacitado para área de trasplante progenitores hematopoyéticos (verificar capacitación) | | | |  |  |
| Manual de procedimientos de enfermería relacionados a trasplante progenitores hematopoyéticos | | | |  |  |
|  | | | | | |
| **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 | | | |  |  |
| Procedimientos invasivos (con protocolos) | | | |  |  |
| Procedimientos con uso de anestesia (con protocolos) | | | |  |  |
| Servicio de Radioterapia | | | |  |  |
|  | | | |  |  |
|  | | | |  |  |
| 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 | | | |  |  |
| **dispone de :** | | | |  |  |
| Contenedor para almacenamiento de células progenitores hematopoyéticos (-196 oC) | | | |  |  |
| Equipo para recuento automatizado de células sanguíneas | | | |  |  |
| Procesador celular automatizado para recolección de células progenitoras hematopoyéticas de sangre periférica | | | |  |  |
| Centrifuga refrigerada para recipientes de mínimo 500 ml | | | |  |  |
| Congelador programado para células hematopoyéticas (opcional) | | | |  |  |
| Refrigerador | | | |  |  |
| Campana de flujo laminar vertical, con seguridad biológica, protección tanto al operador como al producto | | | |  |  |
| Balanza para recipientes de hasta 3000 ml | | | |  |  |
| Grupo electrógeno que asegure provisión de corriente de eléctrica en forma continua | | | |  |  |
| Sellador por calor de bolsas plásticas | | | |  |  |
| **Realiza** | | | |  |  |
| Toma de muestras | | | |  |  |
| Test reactivo | | | |  |  |
| Química sanguínea y hematología | | | |  |  |
| Recuento y viabilidad celular de células progenitoras hematopoyéticas | | | |  |  |
| Microbiología | | | |  |  |
| Inmunología | | | |  |  |
| Patología | | | |  |  |
| Criopreservación y almacenamiento de células progenitoras hematopoyéticas | | | |  |  |
| dosificación de fármacos inmunosupresores | | | |  |  |
| Laboratorio de Histocompatibilidad | | | |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| **15. LABORATORIO DE PROCESAMIENTO Y CRIOPRESERVACIÓN DE CPH** | | | | | |
| Como servicio organizado | | | | **SI** | **NO** |
| Cuenta con laboratorio | | | |  |  |
| Es un servicio centralizado | | | |  |  |
| **A cargo de** | | excluyente | |  |  |
| Médico Hematólogo | | | |  |  |
| Bioquímico | | | |  |  |
| Técnico laboratorista | | | |  |  |
| **Equipado con:** | |  |  |  |  |
| Crio preservador que asegure temperaturas de -80º y -196º |  |  |  |  |  |
| Centrifuga refrigerada con rotor para vasos. | | | |  |  |
| Equipo de congelación | | | |  |  |
| Refrigerador para reactivos y medios que garantice temperaturas de 4(+-2º) | | | |  |  |
| Campana de seguridad biológica | | | |  |  |
| Contador celular automatizado | | | |  |  |
| Procedimiento de etiquetado | |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  | | | | | |
| **16. SERVICIO DE TRANSFUSIONES Y BANCO DE SANGRE** | | | | | |
| Cuenta con | | excluyentes | | **SI** | **NO** |
| Servicio de transfusiones | | | |  |  |
| Banco de sangre | | | |  |  |
| Unidad de aféresis | |  |  |  |  |
| 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 anti hemofílico | | | |  |  |
| Exanguíneotransfusión | | | |  |  |
| Registro de actividades | | | |  |  |
|  | | | | | |
| **17. ANATOMIA PATOLOGICA** | | | | | |
| 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 | | | |  |  |
|  | | | | | |
| **18. CUIDADOS INTENSIVOS** | | | | | |
| Como servicio organizado | | | | **SI** | **NO** |
| Cuenta con personal de enfermería capacitado | | | |  |  |
| **Cuenta con áreas para atención intensiva** | | | |  | |
| Renal | | | |  |  |
| Cardiovascular | | | |  |  |
| 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 para máquina de diálisis 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) | | | |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  | | | | | |
| **19. DOCENCIA NO UNIVERSITARIA** | | | | | |
| Realiza entrenamiento al personal | | | | **SI** | **NO** |
| A Médico | | | |  |  |
| A Paramédico | | | |  |  |
| A Administrativo | | | |  |  |
| Capacitación al personal del equipo de trasplante último año | | | |  |  |
| **Realiza** | | | |  |  |
| Instrucción formal | | | |  |  |
| Instrucción no formal | | | |  |  |
|  | | | | | |
| **20. DOCENCIA UNIVERSITARIA** | | | | | |
| **Tiene internos en los servicios de** | | | | **SI** | **NO** |
| Medicina Interna | | | |  |  |
| Pediatría | | | |  |  |
| Hematología |  |  |  |  |  |
| Terapia Intensiva | |  |  |  |  |
| **Tiene postgradistas en los servicios de** | | | |  | |
| Medicina Interna | | | |  |  |
| Pediatría | | | |  |  |
| Hematología |  |  |  |  |  |
| Terapia Intensiva | | | |  |  |
| Otra capacitación de pregrado | | | |  |  |
| Otra capacitación de postgrado | | | |  |  |
| En los siguientes servicios | | | |  |  |
|  | | | |  |  |
|  | | | |  |  |
|  | | | |  |  |
|  | | | | | |
| **SERVICIOS ADMINISTRATIVOS** | | | | | |
|  | | | | | |
| **21- 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 | | | |  |  |
|  | | | |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  | | | | |
| **22. ADMINISTRACION** | | | | | |
| Señale | | | | **SI** | **NO** |
| Cuenta con administrador | | | |  |  |
| Con capacitación específica | | | |  |  |
| Tiene personal exclusivamente dedicado a | | | |  |  |
| Personal | | | |  |  |
| Suministros | | | |  |  |
| Financiero | | | |  |  |
| Información | | | |  |  |
| Servicios Generales | | | |  |  |
| Mantenimiento | | | |  |  |
|  | | | | | |
| **23. TALENTO HUMANO** | | | | | |
| Señale | | | | **SI** | **NO** |
| Cuenta con Departamento de Personal | | | |  |  |
| **A cargo de** | | | |  |  |
| Profesional | | | |  |  |
| Técnico | | | |  |  |
| **Tiene personal designado a** | | | |  |  |
| Selección y registro de personal | | | |  |  |
| Control de personal | | | |  |  |
| Desarrollo de personal | | | |  |  |
|  | | | | | |
| **24. SUMINISTROS** | | | | | |
| Señale | | | | **SI** | **NO** |
| Cuenta con departamento de suministros | | | |  |  |
| Centralizado | | | |  |  |
| **A cargo de** | | | |  |  |
| Profesional | | | |  |  |
| Técnico | | | |  |  |
| **Designa personal a** | | | |  |  |
| Adquisiciones | | | |  |  |
| Almacén | | | |  |  |
| Inventarios | | | |  |  |
|  |  | | | | |
| **25. 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 | | | |  |  |
|  | | | | | |
| **26. 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 | | | |  |  |
|  | | | | | |
| **27. 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 | | | |  |  |
| Registro de mediciones de control de calidad de aire del servicio de hospitalización de Trasplante de progenitores hematopoyéticos (periodicidad debe ser definida como comité de infecciones) | | | |  |  |
| Registro de control microbiológico del servicio de hospitalización de Trasplante de progenitores hematopoyéticos | | | |  |  |
| Registro de control de residuos peligrosos biológico-infeccioso | | | |  |  |
| Registro de control microbiológico del servicio de hospitalización de Trasplante de progenitores hematopoyéticos | | | |  |  |
|  | | | |  |  |
|  | | | | | |
| **28. MANTENIMIENTO** | | | | | |
| Señale | | | | **SI** | **NO** |
| Cuenta con Departamento de Mantenimiento | | | |  |  |
| **A cargo de** | | **excluyentes** | |  | |
| Profesional | | | |  |  |
| Técnico | | | |  |  |
| Otro | | | |  |  |
| **Realiza mantenimiento verificar plan por equipos** | | | |  | |
| Correctivo | | | |  |  |
| Preventivo | | | |  |  |
| Plan de mantenimiento del área de trasplante de progenitores hematopoyéticos | | | |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| **DERECHOS DE LOS PACIENTES** | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |
| **29. 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.** | | | |  |  |