**LISTA DE VERIFICACIÓN – ANEXO 1**

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

(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 ducha |   |   |
| 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 (NEPA) |   |   |   |
| paredes lisas fácilmente lavables |   |   |   |
| techos lisos con sistema de iluminación empotrados |   |   |
| **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 oxigeno, 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 cuatro 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 o) |   |   |
| 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 |   |   |
| Histocompatibilidad  |   |   |
| Inmunología |   |   |
| Patología |   |   |
| Criopreservación y almacenamiento de células progenitoras hematopoyéticas |   |   |
| dosificación de fármacos inmunosupresores |   |   |
|  |  |  |  |  |  |
| **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.** |   |   |
|   |   |   |