**FORMULARIO 002.HLA EXPEDIENTE Nº:**

(USO DEL INDOT)

|  |
| --- |
| **1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD** |

|  |
| --- |
| **Nombre/Razón Social:** |
| **Dirección:** |
| **Teléfonos:** |
| **Correo electrónico:**  |
| **Ciudad: Provincia:** |
| **Nombre del Gerente:** |
| **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.**

|  |
| --- |
| **2.1. JEFE Y/O DIRECTOR DEL LABORATORIO**  |

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

|  |
| --- |
| **2.2. PERSONAL DE SALUD DEL LABORATORIO****(Formulario 003 por cada profesional)** |

|  |
| --- |
| **El equipo del Laboratorio de HLA deberá estar integrado como mínimo por los siguientes profesionales:** |

|  |  |
| --- | --- |
| **Número** | **Profesional** |
| **1** | **Jefe y/o Director de Laboratorio**- Especializado en Laboratorio Clínico, Biología, Inmunología, Genética u otra área a fin.- Experiencia mínimo de cuatro años en laboratorios clínicos y - Capacitación certificada en laboratorios de histocompatibilidad mínimo dos años. - Registro de haber participado en al menos 50 tipificaciones de HLA, crossmatch contra panel y contra donante de trasplantes, realizando análisis e interpretación.  |
| **XX** | Técnicos de laboratorio que pueden ser biólogos, bioquímicos, técnicos en laboratorio clínico y o afines. |

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

|  |
| --- |
| **2.3. SERVICIOS DEL LABORATORIO** **ANEXO 1 (más detalle)** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **SI** | **NO** |
| **SERVICIOS FINALES :**  |  |  |
| 1. Servicios
 |  |  |
| 1. Saneamiento Ambiental
 |  |  |
| **SERVICIOS INTERMEDIOS:**  |  |  |
| 1. Esterilización
 |  |  |
| 1. Bioseguridad
 |  |  |
| 1. Equipamiento
 |  |  |
| 1. Docencia No Universitaria
 |  |  |
| 1. Acceso y circulación
 |  |  |
| **SERVICIOS ADMINISTRATIVOS:** |  |  |
| 1. Dirección
 |  |  |
| 1. Administración
 |  |  |
| 1. Talento Humano
 |  |  |
| 1. Suministros
 |  |  |
| 1. Financiera
 |  |  |
| 1. Estadística e Información
 |  |  |
| 1. Servicios Generales
 |  |  |
| 1. Gestión de procesos
 |  |  |
| 1. Mantenimiento
 |  |  |
| 1. Derechos paciente
 |  |  |

|  |
| --- |
| **2.4 MATERIALES, EQUIPOS, INSUMOS** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **RECURSOS MATERIALES** | **SI** | **NO** |
| 1. Información detallada de las características, disponibilidad y cálculo de necesidades anuales de:
2. Materiales
3. Insumos
4. Equipos
 |  |  |
| 1. Registro de mantenimiento de los equipos - plan de mantenimiento anual
 |  |  |

|  |
| --- |
| **2.5 DOCUMENTOS INSTITUCIONALES** |

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

- Solicitud de acreditación - Formulario 001.HLA- Requerimientos para acreditación de laboratorios de HLA para Trasplante - Formulario 002. HLA |  |  |  |
| 1. Permiso de funcionamiento del laboratorio 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. Documento que certifique un Sistema de Gestión de Calidad.
 |  |  |  |
| Se verificará la existencia de Manuales de Procedimientos en cada servicio a Inspeccionar.  |  |  |  |

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

|  |
| --- |
| **Nombre, firma y sello del Gerente del Establecimiento de Salud** |
|  |
| **Nombre, firma y sello del Jefe y/o Director del Laboratorio**  |
|  |