**FORMULARIO 002.BT EXPEDIENTE Nº:**

(USO DEL INDOT)

|  |
| --- |
| **1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL BANCO DE TEJIDOS** |

|  |
| --- |
| **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. DIRECTOR TÉCNICO DEL BANCO DE TEJIDOS** |

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

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

**El equipo del banco de tejidos deberá estar integrado como mínimo por los siguientes profesionales:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Número** | **Profesional** |
| 1 | **Director Técnico**  Con título en Medicina o las Ciencias Biomédicas, con formación y experiencia de al menos 3 años en alguna de las siguientes áreas: Hematología, Medicina transfusional, Banco de tejidos o Criobiología. |
| 1 | **Responsable Técnico**  Con título de Laboratorista Clínico, Bioquímico o Patólogo Clínico, con experiencia en los procedimientos técnicos de recolección, procesamiento, y almacenamiento de tejidos, control de calidad. |
| xx | **Personal Técnico**  Con título de Tecnólogos Médicos, de Laboratorio y/o Químicos. |

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

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **SI** | **NO** |
| **SERVICIOS FINALES :** |  |  |
| 1. Área de usuarios |  |  |
| 1. Seguimiento de Pacientes |  |  |
| 1. Medicina Preventiva |  |  |
| 1. Atención al ambiente |  |  |
| **SERVICIOS INTERMEDIOS:** |  |  |
| 1. Centrifugación de muestras |  |  |
| 1. Esterilización |  |  |
| 1. Área blanca de procesamiento |  |  |
| 1. Farmacia |  |  |
| 1. Área de almacenamiento temporal |  |  |
| 1. Área de almacenamiento definitivo |  |  |
| 1. Laboratorio |  |  |
| 1. Docencia no universitaria |  |  |
| **SERVICIOS ADMINISTRATIVOS:** |  |  |
| 1. Dirección |  |  |
| 1. Administración |  |  |
| 1. Talento Humano |  |  |
| 1. Suministros |  |  |
| 1. Financiero |  |  |
| 1. Estadística e información |  |  |
| 1. Servicios generales |  |  |
| 1. Mantenimiento |  |  |
| 1. Derechos paciente |  |  |

|  |
| --- |
| **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. Medicamentos 5. Equipos e instrumental quirúrgico |  |  |
| 1. Registro de mantenimiento de los equipos - plan de mantenimiento anual |  |  |

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

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **SI** | **NO** | **NA** |
| 1. Formularios del INDOT:   - Solicitud de acreditación - Formulario 001  - Requerimientos para acreditación de Banco de Tejidos - Formulario 002.BT |  |  |  |
| 1. Permiso de funcionamiento 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 del Banco de Tejidos |  |  |  |
| 1. Documento que certifique que su Unidad Médica ha implementado un Sistema de Gestión de Calidad. |  |  |  |
| 1. Información estadística de la actividad trasplantológica realizada con sus análisis respectivo (EN CASO DE REACREDITACION) |  |  |  |
| Se verificara 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 Director Técnico del Banco de Tejidos** |
|  |