**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** |
|  |