**LISTA DE VERIFICACIÓN – ANEXO 1**

**ACREDITACIÓN DE BANCO DE TEJIDOS**

(Lo que se verificará en la visita de inspección)

|  |
| --- |
| **1. AREA DE USUARIOS**  |
|  | **SI** | **NO** |
| Área de atención al usuario |   |   |
| Sala de espera |   |   |
| Baños para uso del usuario |   |   |
| **Área de recepción de muestras que cuenta con:** |
| Lector de código de barras (identificación de la muestra) |   |   |
| Impresora  |   |   |   |   |   |
| Canastilla/coche de transporte de muestras  |   |   |   |
| set de insumos de distribución  |   |   |   |   |
| Contenedor térmico  |   |   |   |   |
|   |  |  |   |   |   |
| **2. SEGUIMIENTO DE PACIENTES** |
| **Realiza seguimiento a pacientes** |  |   |
| A cargo de:  | **PROGRAMADA** | **OCASIONAL** |
| Médico Especialista |   |   |
| Trabajador/a Social |   |   |
| otro |   |   |
|   |   |   |   |   |   |
|  |
| **3- MEDICINA PREVENTIVA** |
| **Programa de educación sobre Salud:** | **PROGRAMA** | **SIN PROGRAMA** |
| Charlas |   |   |
| videos |   |   |
| Otros |   |   |
|  |
| **4. 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 (AREA TÉCNICA)** |
|
|   |
| **5. ZONA DE CENTRIFUGACION DE MUESTRAS**  |
|   | **SI** | **NO** |
| Cuenta con:  |
| Centrifuga  |   |   |
| Canastilla / Coche para transporte de material |   |   |
| Set de recipientes para manejo de desechos |   |   |
| **A cargo de** |   |   |
| Técnico de Laboratorio |   |   |
| Otro  |   |   |
|   |  |  |  |  |   |
| **6. ESTERILIZACION** |
|   | **SI** | **NO** |
| Servicio de esterilización |   |   |
| Es un servicio centralizado / contratado  |   |   |
| Realiza esterilización por  | excluyente |  |   |
| Ebullición |   |   |
| Autoclave |   |   |
| Gases |   |   |
| Tiene personal  | **Exclusivo** | **No exclusivo** |
| Asignado al sector |   |   |
|   |  |  |  |  |   |
| **7. AREA BLANCA DE PROCESAMIENTO** |
|   | **SI** | **NO** |
| **A cargo de** |   |   |
| Técnico  |   |   |
| **Cuenta con:**  |
| Vestidores |   |   |
| Zona de lavado de manos  |   |   |
| Cabina de flujo laminar Clase 2 tipo All |   |   |
| Balanza |   |   |
| Sellador al vacío |   |   |
| Mesa auxiliar de insumos |   |   |
| Silla de Laboratorio |   |   |
| Contenedor térmico |   |   |
| Agitador orbital |   |   |
| Sierra de hueso |   |   |
| Molino de hueso |   |   |
| Bomba de succión  |   |   |
| Sellador térmico |   |   |
| Teléfono |   |   |
| Set de recipientes para manejo de desechos  |   |   |
| Liofiliozadora |   |   |
| Vitrina/estantería |   |   |
| Dermátomo |   |   |
| Equipos de protección personal  |   |   |
|   |
| **8. FARMACIA**  |
| Como servicio organizado  | **SI** | **NO** |
| Cuenta con servicio de farmacia |   |   |
| **A cargo de** | excluyentes |  |
| Químico farmacéutico |   |   |
| Otros: |   |   |
| **Tiene depósito** |   |  |
| General |  |   |
|   |
| **9. AREA DE ALMACENAMIENTO TEMPORAL** |
|   | **SI** | **NO** |
| **Cuenta con:** |
| Refrigerador profesional de laboratorio |  |  |
| Ultra congelador |  |  |
| Extintor de incendios portátil |  |  |
| Controles de temperatura |  |  |
| Tiene personal asignado | Horarios excluyentes hora | **8 HORAS** | **8-16 HORAS** |
| Técnico |  |   |
|   |
| **10. ALMACENAMIENTO DEFINITIVO** |
|   | **SI** | **NO** |
| **Cuenta con:**  |
| Ultra congelador |   |   |
| Refrigerador de laboratorio |   |   |
| Congelador (seroteca) |   |   |
| Contenedor de nitrógeno líquido |   |   |
| Extintor de incendios portátil |   |   |
| Controles de temperatura |   |   |
|   |
| **11. LABORATORIO**  |
|   | **SI** | **NO** |
| Como servicio organizado propio o contratado (evidenciar contrato) |  |  |
| **Realiza:**  |  |  |
| Laboratorio de inmunología |   |   |
| Laboratorio de biología molecular (pre PCR-PCR) |   |   |
| Laboratorio de microbiología |   |   |
|   |
| **12. DOCENCIA NO UNIVERSITARIA** |
| Realiza entrenamiento al personal | **SI** | **NO** |
| Técnico |   |   |
| Administrativo |   |   |
| **Realiza** |  |  |
| Instrucción formal |  |  |
| Instrucción no formal |   |   |
|   |
| **SERVICIOS ADMINISTRATIVOS** |
|   |
| **13- DIRECCION** |
| Señale | **SI** | **NO** |
| Cuenta con Director |   |   |
|   |   |   |
|   |   |
| **14. ADMINISTRACION** |
| Señale | **SI** | **NO** |
| Cuenta con administrador |   |   |
| Con capacitación específica |   |   |
| Tiene personal exclusivamente dedicado a |  |  |
| Personal |  |   |
| Suministros |  |   |
| Financiero |  |   |
| Información |  |   |
| Servicios Generales |  |   |
| Mantenimiento |  |   |
|   |
| **15. 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 |   |   |
|   |
| **16. SUMINISTROS** |
| Señale | **SI** | **NO** |
| Cuenta con departamento de suministros |   |   |
| Centralizado |   |   |
| **A cargo de** |  |  |
| Profesional |   |   |
| Técnico |   |   |
| **Designa personal a**  |  |  |
| Adquisiciones |   |   |
| Almacén |   |   |
| Inventarios |   |   |
|   |   |
| **17. 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 |   |   |
|   |
| **18. ESTADISTICA E INFORMACION** |
| Señale | **SI** | **NO** |
| Tiene servicio de información |   |   |
| **A cargo de** | **excluyentes** |  |
| Profesional |   |   |
| Técnico |   |   |
| **Designa personal a** |  |
| Trazabilidad de tejidos  |   |   |
| Registros Médicos  |   |   |
| Procesamiento de datos |   |   |
| Emisión y análisis de la información |   |   |
| **Cuenta con** |  |
| Archivo centralizado |   |   |
| Índice Diagnóstico |   |   |
| **El procesamiento de datos se realiza EXCLUYENTES** |  |
| Manual |   |   |
| Sistematizado |   |   |
|   |
| **19. SERVICIOS GENERALES** |
| Señale | **SI** | **NO** |
| Tiene departamento de servicios generales |   |   |
| **A cargo de** | **excluyentes** |  |
| Profesional |   |   |
| Técnico |   |   |
| Otros |   |   |
| **Designa personal a** |  |
| Comunicaciones |   |   |
| Aseo |   |   |
| Lavandería y ropería |   |   |
| Vigilancia |   |   |
| **Cuenta con** |  |
| Teléfono |   |   |
| Vehículos de uso múltiple |   |   |
| **Lavandería**  |  |
| Tiene lavandería |   |   |
| Manual |   |   |
| Semimecanizado |   |   |
| Automatizado |   |   |
| Tercerizado |   |   |
| **Ropería** |  |
| Tiene ropería |   |   |
| Personal de aseo específico |  |  |
| Áreas estériles |   |   |
| Manual de bioseguridad |   |   |
|  |
| **20. MANTENIMIENTO** |
| Señale | **SI** | **NO** |
| Cuenta con Departamento de Mantenimiento |   |   |
| **A cargo de** | **excluyentes** |   |
| Profesional |   |   |
| Técnico |   |   |
| Otro |   |   |
| **Realiza mantenimiento verificar plan por equipos** |   |
| Correctivo |   |   |
| Preventivo |   |   |
|   |  |  |  |  |   |
| **DERECHOS DE LOS PACIENTES** |
|   |  |  |  |  |   |
| **21. DERECHOS** |
| Señale | **SI** | **NO** |
| **Se entrega información en formato y lenguaje claro y sencillo, a los y las pacientes** |   |   |
| 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)** |   |   |
| 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. |   |   |
| **La Unidad de Salud, dispone de procedimientos que definen los procesos**  |   |   |
| 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. |   |   |
| **La institución implementa medidas y procedimientos para**  |   |   |
| a.     Reducir el riesgo de daño al personal, producido por caídas |   |   |
| b.   Proteger contra agresiones físicas por parte de visitas al personal. |   |   |
| **La institución identifica y proporciona protección a:** |   |   |
| a.     Niños |   |   |
| b.    Ancianos |   |   |
| c.     Discapacitados |   |   |
| d.    Demás población vulnerable |   |   |
| **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. |   |   |