**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. | | | |  |  |