**LISTA DE VERIFICACIÓN – ANEXO 1**

**ACREDITACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO – BANCOS DE SANGRE DE CORDÓN UMBILICAL**

(Lo que se verificará en la visita de inspección)

|  |
| --- |
| **SERVICIOS FINALES** |
|  |  |  |  |  |  |
| **1. AREA DE USUARIOS**  |
| **Cuenta con:** | **SI** | **NO** |
| Área de atención al usuario |   |   |
| Sala de espera |   |   |
| Baños para los usuarios |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| **2. AREA DE RECEPCIÓN DE SANGRE DE CORDÓN UMBILICAL** |
| **Cuenta con:**  | **SI** | **NO** |
| Computadora con impresora |   |   |
| Lector de código de barras |   |   |
| Etiquetadora  |  |  |
| Controles de temperatura |   |   |
| Recipientes para el transporte de SCU |   |   |
| Recipientes para el transporte de células |   |   |
| Computadora con impresora |   |   |
| Lector de código de barras |   |   |
| Etiquetadora  |   |   |
|   |  |  |  |  |   |
| **3. AMBIENTE Y SALUD OCUPACIONAL** |
| **Responsable**  | **SI** | **NO** |
| Promotor |   |   |
| Supervisor |   |   |
| Profesional |   |   |
| **Realiza**  |
| Eliminación de desechos |   |   |
| Salud ocupacional |   |   |
|  |
| **SERVICIOS INTERMEDIOS** |
|  |
| **4. AREA DE PREPARACIÓN DE KITS DE OBTENCIÓN**  |
| **Cuenta con:**  | **SI** | **NO** |
| Área de almacenamiento de insumos y dispositivos |   |   |
| Área de almacenamiento de kits ensamblados |   |   |
| Eliminación de desechos comunes |   |   |
| Eliminación de desechos especiales |   |   |
|  |
| **5- AREA DE PROCESAMIENTO DE MUESTRAS** |
| **Cuenta con:**  | **SI** | **NO** |
| Vestidores |   |   |
| Equipos de protección personal |   |   |
| Zona de lavado de manos  |   |   |
| Extintor de incendios portátil |   |   |
| Set de recipientes para manejo de desechos |   |   |
| **Equipamiento** |
| Agitador |  |  |
| Balanza |  |  |
| Cabina de flujo laminar Clase 2 tipo All |  |  |
| Centrífuga |  |  |
| Citómetro |  |  |
| Hematoanalizador |  |  |
| Mesa auxiliar de insumos |  |  |
| Refrigerador |  |  |
| Sistema de aire acondicionado y humedad |  |  |
| Sistema de presión negativa/positiva |  |  |
| **Procesos** |
| Controles de temperatura y humedad |  |  |
| Controles de temperatura refrigerador |  |  |
| Control microbiológico de ambiente |  |  |
| Manual de procedimientos de recepción de SCU |  |  |
| Manual de procedimiento de almacenamiento de células |  |  |
| Manual de procedimiento de transporte de células |  |  |
| Manual de bioseguridad |  |  |
| Diagrama de flujos del proceso del BSCU |  |  |
|  |
| **6. AREA DE ALMACENAMIENTO TEMPORAL** |
| **Cuenta con** | **SI** | **NO** |
| Refrigerador profesional de laboratorio |   |   |
| Extintor de incendios portátil |   |   |
| Controles de temperatura y humedad |   |   |
|   |
| **7. AREA DE ALMACENAMIENTO DEFINITIVO** |
| **Cuenta con**  | **SI** | **NO** |
| Ultracongelador |   |   |
| Seroteca en ultracongelador |   |   |
| Contenedor de nitrógeno ………………….. |   |   |
| Extintor de incendios portátil |   |   |
| **Procesos** |   |   |
| Controles de temperatura |   |   |
|   |  |  |  |  |   |
| **8. LABORATORIO** |
| **Como servicio organizado propio o contratado**  | **SI** | **NO** |
| Contrato  |   |   |
| Servicios de calidad de pruebas aplicadas |   |   |
| **Cuenta con:** |  |  |
| Laboratorio de biología molecular para HLA |  |  |
| Laboratorio de biología molecular para pruebas NAT |  |  |
| Laboratorio de hematología (excluyente con presencia de citómetro y microscópio |  |  |
| Laboratorio de biología molecular para HLA |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| **SERVICIOS ADMINISTRATIVOS** |
|   |
| **9- DIRECCIÓN** |
| **Señale** | **SI** | **NO** |
| Cuenta con Director |   |   |
|   |   |
| **10. ADMINISTRACIÓN** |
| **Señale** | **SI** | **NO** |
| Cuenta con administrador |   |   |
| Con capacitación específica |   |   |
| **Tiene personal exclusivamente dedicado a** |
| Financiero |  |   |
| Suministros |  |   |
| Financiero |  |   |
| Información |  |   |
| Servicios generales |  |   |
| Mantenimiento |  |   |
| **Cuenta con** |  |  |
| Manual de procedimientos |  |  |
| Manual de bioseguridad |  |  |
|   |
|   |
| **11. ESTADÍSTICA E INFORMACIÓN** |
| Señale | **SI** | **NO** |
| Tiene servicio de información |   |   |
| **A cargo de (excluyentes)** |
| Profesional |   |   |
| Técnico |   |   |
| **Designa personal a** |
| Trazabilidad de tejidos |   |   |
| Registros  |   |   |
| Procesamiento de datos |   |   |
| Emisión y análisis de la información |   |   |
| **Cuenta con** |  |
| Archivo centralizado |   |   |
| Historia clínica única |   |   |
| Índice diagnóstico |   |   |
| **El procesamiento de datos se realiza (excluyentes):** |
| Manual |   |   |
| Sistematizado |   |   |
|   |
| **12. SERVICIOS GENERALES** |
| **Señale** | **SI** | **NO** |
| Tiene departamento de servicios generales |   |   |
| **A cargo de (excluyentes):** |
| Profesional |   |   |
| Técnico |   |   |
| Otros |   |   |
| **Designa personal a** |  |
| Aseo |   |   |
| Esterilización de insumos e instrumental |   |   |
| Lavandería y ropería |   |   |
| Mantenimiento |  |  |
| Transporte |  |  |
| Vigilancia |   |   |
| **Cuenta con** |
| Manual de procedimientos |   |   |
| Manual de bioseguridad |   |   |
|   |  |  |  |  |   |
| **DERECHOS DE LOS PACIENTES** |
|   |  |  |  |  |   |
| **27. DERECHOS** |
| Señale | **SI** | **NO** |
| **Se entrega información en formato y lenguaje claro y sencillo, a los y las pacientes, incluyendo información específica sobre el relacionado a estudios, investigaciones o ensayos clínicos relevantes para sus necesidades de tratamiento.** |
| A.     Sobre sus derechos |   |   |
| B.    Sobres sus responsabilidades  |   |   |
| **El servicio de apoyo, dispone de registros de investigaciones en seres humanos** |
| A.     Aprobadas por los comités de bioética e investigación |   |   |
| B.    Autorizados por la autoridad sanitaria nacional. |   |   |