**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. | | | |  |  |