**FORMULARIO 002.RIÑp**

|  |
| --- |
| **1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO** |

|  |
| --- |
| Nombre/Razón Social: |
| Dirección: |
| Teléfonos: |
| Correo electrónico: |
| Ciudad: Provincia: |
| Nombre de la Máxima Autoridad: |
| N° Permiso de funcionamiento: |
| Red Pública Integral de Salud: Red Privada Complementaria: |
| Acreditación: Re acreditación: |

|  |
| --- |
| **2. DOCUMENTACIÓN REQUERIDA** |

**IMPORTANTE:** En el caso de re acreditación, es necesario enviar únicamente la documentación que haya perdido vigencia así como DE LOS CAMBIOS O VARIACIONES QUE HUBIERAN EN EL ESTABLECIMIENTO DE SALUD O EN LOS PROCEDIMIENTOS PARA REALIZAR EL TRASPLANTE.

|  |
| --- |
| **2.1. LIDER DEL EQUIPO DE TRASPLANTES** |

|  |
| --- |
| Nombre: |
| N° de Registro SENESCYT: |
| Especialidad: |
| Dirección: |
| Teléfonos: |
| Correo electrónico: |

|  |
| --- |
| **2.2. COORDINADOR/A INTRAHOSPITALARIO/A DE TRASPLANTES (PROCURADOR)** |

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre: | |
| N° de Registro SENESCYT: | |
| Especialidad: | |
| Dirección: | |
| Teléfonos: | |
| Correo electrónico: |

|  |
| --- |
| **2.3. PERSONAL DE SALUD DEL EQUIPO DE TRASPLANTES**  **(Formulario 003 y sus respaldos por cada profesional)** |

|  |
| --- |
| **El equipo de trasplante renal deberá estar integrado como mínimo por los siguientes profesionales:** |

|  |
| --- |
| **Especificar en el formulario 003 que profesionales pertenecen al:** |
| - Equipo de Ablación |
| - Equipo de Trasplante |

|  |  |
| --- | --- |
| **Número** | **Profesional** |
| 2 | Médicos nefrólogos pediatras |
| 2 | Médicos Cirujanos Generales y/o Urólogos y/o Cirujanos Vasculares con experiencia en trasplante renal pediátrico |
| 1 | Médico Anestesiólogo |
| 1 | Médico Intensivista |
| 1 | Enfermera en Hospitalización |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nombre | Especialidad | Función |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

Profesionales sin experiencia o en proceso de entrenamiento, no serán acreditados pero se registrará su participación en el programa de trasplante.

|  |
| --- |
| **2.4. SERVICIOS DEL ESTALBECIMIENTO DE SALUD:**  **ANEXO 1 (más detalle)** |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **SI** | **NO** | **N/A** | **Observaciones** |
| **SERVICIOS FINALES :** |  |  |  |  |
| 1. Consulta externa |  |  |  |  |
| 2. Emergencia |  |  |  |  |
| 3. Hospitalización |  |  |  |  |
| 4. Seguimiento de Pacientes |  |  |  |  |
| 5. Control epidemiológico |  |  |  |  |
| **SERVICIOS INTERMEDIOS:** |  |  |  |  |
| 6. Bloque quirúrgico |  |  |  |  |
| 7. Esterilización |  |  |  |  |
| 8. Anestesiología |  |  |  |  |
| 9. Sala de recuperación |  |  |  |  |
| 10. Farmacia |  |  |  |  |
| 11. Enfermería |  |  |  |  |
| 12. Imagenología |  |  |  |  |
| 13. Laboratorio |  |  |  |  |
| 14. Servicio de transfusiones y Banco de sangre |  |  |  |  |
| 15. Anatomía Patológica |  |  |  |  |
| 16. Cuidados Intensivos o Área de cuidado inmediato postrasplante |  |  |  |  |
| 17. Docencia no universitaria sobre donación y trasplante |  |  |  |  |
| 18. Docencia universitaria. |  |  |  |  |
| **SERVICIOS ADMINISTRATIVOS:** |  |  |  |  |
| 19. Dirección y Coordinación |  |  |  |  |
| 20. Personal Administrativo |  |  |  |  |
| 21. Reporte de información |  |  |  |  |
| 22. Mantenimiento |  |  |  |  |
| 23. Derechos del paciente |  |  |  |  |
| 24. Cuidado al paciente |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **2.5 MEDICAMENTOS, MATERIALES, EQUIPOS, INSUMOS CLÍNICOS, E INSTRUMENTAL QUIRÚRGICO** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **RECURSOS** | **SI** | **NO** |
| 1. Información detallada de las características, disponibilidad y cálculo de necesidades anuales de: 2. Materiales 3. Insumos 4. Equipos e instrumental quirúrgico |  |  |
| 1. Listado de medicamentos de acuerdo a los protocolos del programa de trasplante, existencias y planificación de compras. |  |  |
| 1. Registro de mantenimiento de los equipos acorde al programa de trasplante (plan de mantenimiento anual preventivo y correctivo) |  |  |

|  |
| --- |
| **2.6 DOCUMENTOS INSTITUCIONALES** |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **SI** | **NO** | **NA** |
| 1. Formulario 001. “Solicitud de acreditación” |  |  |  |
| 1. Formulario 002. RIÑp “Requerimientos para acreditación en el programa de trasplante renal pediátrico” |  |  |  |
| 1. Permiso de funcionamiento vigente del establecimiento de salud |  |  |  |
| 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 de trasplante según el manual de acreditación del INDOT |  |  |  |
| 1. Documento que certifique que el establecimiento de salud cuenta con un Sistema de Gestión de Calidad |  |  |  |
| 1. Información estadística de la actividad trasplantológica realizada por el establecimiento de salud con sus análisis respectivo por ejemplo principales avances y problemas. (EN CASO DE REACREDITACION) |  |  |  |
| 1. Perfil epidemiológico del establecimiento de salud |  |  |  |
| 1. Carta motivada para la creación de Programa de Trasplante elaborado por el Comité de Bioética (SOLO PARA PROGRAMAS CON DONANTE VIVO RELACIONADO) |  |  |  |
| 1. Planificación de vacaciones de los miembros del equipo de trasplante |  |  |  |
| 1. Planificación de asistencia a capacitaciones de los miembros del equipo de trasplante |  |  |  |
| Se verificará la existencia de Manuales de Procedimientos en cada servicio a inspeccionar. | | | |

En………………………………………., a………………… de…………………. del……………

|  |
| --- |
| **Nombre, firma y sello del Director Médico del Establecimiento de Salud** |
|  |
| **Nombre, firma y sello del Gerente General del Establecimiento de Salud** |
|  |