**LISTA DE VERIFICACIÓN – ANEXO 1**

**ACREDITACIÓN/REACREDITACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD EN EL PROGRAMA DE TRASPLANTE DE CÓRNEA**

(Lo que se verificará en la visita de inspección)

|  |
| --- |
| **SERVICIOS FINALES** |
|  |  |  |  |  |  |
| **1. CONSULTA EXTERNA** |
| **Cómo servicio organizado** | **SI** | **NO** |
| Es un servicio centralizado |   |   |
| **Cuentan con ServIcios**  | **En consulta externa** | **En otro centro** | **SI** | **NO** |
| Tonómetro |   |   |   |   |
| Presión ocular |   |   |   |   |
| Optometría |   |   |   |   |
| Pentacan |   |   |   |   |
| Queratografía |   |   |   |   |
| OCT corneal |   |   |   |   |
| Potenciales evocados  |   |   |   |   |
| Ecogafría |   |   |   |   |
| Personal de trabajo social |   |   |   |   |
| Urgencias oftalmológicas  |   |   |   |   |
|  |  |  |  |  |  |
| **2. SEGUIMIENTO DE PACIENTES** |
| **Seguimiento de pacientes a cargo de:**  | **PROGRAMADA** | **OCASIONAL** |
| Médico Especialista |   |   |
| Médico Posgradista |   |   |
| Trabajador/a Social |   |   |
| Secretaria |   |   |
| Otro |   |   |
|  |
| **3 CONTROL EPIDEMIOLÓGICO** |
|  | **SI** | **NO** |
| **Realiza acciones de control de** |
| Eliminación de desechos |   |   |
| Control de infecciones en áreas críticas |   |   |
| Cultivo de ambiente |   |   |
| Notificación de enfermedades de reporte obligatorio |   |   |
|  |
| **SERVICIOS INTERMEDIOS** |
|   |
| **4. BLOQUE QUIRURGICO** |
|   | **SI** | **NO** |
| Es un servicio centralizado |  |  |
| **Cuenta con**  |
| Quirófano exclusivo deoftalmología |   |   |
| Funcionamiento de 24 horas  |   |   |
| **Equipamiento:** |   |
| Microscópio binocular |   |   |
| Analizador de gases y electrolitos (cables de ECG, Saturación de O2, Capnografía CO2, PVC, PA, PANI, Swan- Ganz) |   |   |
| Mesa de cirugía  |   |   |
| Vitrinas metálicas o muebles para equipos e instrumental quirúrgico, insumos o medicamentos |   |   |
| Set básico para cirugía oftálmica |   |   |
| Material de sutura y otros (diveros tipos, numeros,cobertor o colchon termico, almohadas, sondas) |   |   |
| Luz de emergencia |   |   |
| Mesa para instrumental quirúrgico |   |   |
| Mesa accesoria para instrumental quirúrgico |   |   |
| Oxígeno central o en balones |   |   |
| Aspiración central o portátil |   |   |
| Electrobisturí-electrocauterio |   |   |
|  |  |  |  |  |  |
| **6. ESTERILIZACION** |
|  | **SI** | **NO** |
| Es un servicio centralizado |   |   |
| **Realiza esterilización por** |
| Autoclave |   |   |
| Gases |   |   |
| **Cuenta con personal asignado (excluyente)** | **SI** | **NO** |
| Exclusivo |   |   |
| No exclusivo |   |   |
|  |  |  |  |  |  |
| **7. ANESTESIOLOGIA** |
|   | **SI** | **NO** |
| Centralizado |   |   |
| **A cargo de** |
| Médico anestesiólogo |   |   |
| **Realiza anestesia** |
| Local |   |   |
| Analgesia por relajación |   |   |
| Anestesia general por gases |   |   |
| **Instrumental** |
| Bombas de infusión |   |   |
| Laringosocopio con hojas para adultos y niños |   |   |
| Máquina de anestesia que dispone de: alarma, capnografía y oximetría,seguro de mezcla hipóxica, vaporizadores de gases anestésicos, monitor de oxígeno,monitor de presiones en vía aérea y ventilador. |   |   |
| Equipos básico de resucitación (coche de paro con desfibrilador de acceso inmediato) |   |   |
| Elementos mínimos de monitoreo para brindar anestesia: monitor multiparámetro (electrocardiografía continua,presión aretrial no invasiva e invasiva,presion venosa central, monitor de signos vitales, oximetria de pulso, capnografia y temperatura) |   |   |
|  |  |  |  |  |  |
| **8. SALA DE RECUPERACION** |
|   | **SI** | **NO** |
| Oxígeno central o portátil |   |   |
| Aspiración central o portátil |   |   |
| Tensiómetro y estetoscopio |   |   |
| Equipo de monitoreo para tensión arterial, trazado electrocardiográfico y presión arterial invasiva y no invasiva |   |   |
| Equipo básico de resucitación (coche de paro con desfibrilador de acceso inmediato) |   |   |
| Bomba de infusión |   |   |
| Equipo mínimo para manejo de via aérea (laringosocpio con hojas para adultos y niños, tubos endotraqueales, mascarillas laríngeas, equipo de intubación) |  |   |
| Personal de enfermeria permanente |  |   |
| Personal médico de supervisión continua |  |   |
| Control estricto de proceso de atención de enfermería (control de ingesta,excreta,signos vitales) |  |   |
|   |
| **9. FARMACIA**  |
|   | **SI** | **NO** |
| Centralizado |  |   |
| **A cargo de (excluyentes):** |
| Químico farmacéutico |   |   |
| Otros: |   |   |
| **Tiene depósito** |
| General |  |  |
| Especial para psicofármacos |  |  |
|  |
| **10. ENFERMERIA** |
| **Disponibilidad personal de enfermería** |
| **Horario** | **≤ 8h** | **8-12h** | **12-24h** | **SI** | **NO** |
| Bloque quirúrgico |   |   |   |   |   |
| Centro de materiales |   |   |   |   |   |
| Consulta externa |   |   |   |   |   |
| Cuidados intensivos |   |   |   |   |   |
| Hospitalización |   |   |   |   |   |
| Recuperacion |   |   |   |   |   |
| Urgencias |   |   |   |   |   |
|   |
| **11. LABORATORIO CLINICO** |
|   | **SI** | **NO** |
| **Tipo de servicio (excluyentes):** |
| Cuenta con servicio de laboratorio propio del establecimiento de salud |   |   |
| Cuenta con un convenio para el servicio de laboratorio  |   |   |
| **Realiza:**  |
| Química sanguínea y hematología |   |   |
| Laboratorio de anatomía patológica propio o contratado |   |   |
|   |
| **12. DOCENCIA NO UNIVERSITARIA DOCENCIA NO UNIVERSITARIA SOBRE DONACIÓN Y TRASPLANTE** |
| **Realiza entrenamiento al personal** | **SI** | **NO** |
| Médico |   |   |
| De apoyo |   |   |
| Administrativo |   |   |
| **Realizada por:** |
| Personal acreditado |  |  |
| Personal del INDOT |   |   |
|  |  |  |  |  |  |
| **13. DOCENCIA UNIVERSITARIA** |
| **Tiene internos en los servicios de** | **SI** | **NO** |
| Oftalmología |   |   |
| Urgencias |   |   |
| **Tiene postgradistas en los servicios de** |
| Oftalmologia |   |   |
| Urgencias |   |   |
| **Otra capacitación** |
| De pregrado |  |  |
| De posgrado |  |  |
| En los siguientes servicios: |   |   |
|   |
| **SERVICIOS ADMINISTRATIVOS** |
|   |
| **14. DIRECCION** |
| **Señale** | **SI** | **NO** |
| Cuenta con Director |   |   |
| Especializado en Salud Pública o Administración de Salud |   |   |
| **Cuenta con comités de apoyo** |
| Trasplantes |   |   |
| otros |   |   |
| **Cuenta con** |
| Coordinador Intrahospitalario de trasplantes  |   |   |
| Ha recibido capacitación específica sobre procesos de donación y trasplantes por el INDOT |   |   |
| Ha realizado cursos de comunicación en situaciones críticas, comunicación en salud y similares |   |   |
|  |  |
| **15. PERSONAL ADMINISTRATIVO** |
| **Tiene personal dedicado a**  |
| Administración |  |  |
| Financiero |  |   |
| Información |  |   |
| Mantenimiento |  |   |
| Servicios Generales |  |   |
| Suministros |  |   |
| Talento humano |  |   |
|   |
| **16. REPORTE DE INFORMACIÓN** |
| **Realiza reporte de** | **SI** | **NO** |
| Formulario postrasplante |  |  |
|   |
|  |
| **17. 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 Y CUIDADOS AL PACIENTE DE LOS PACIENTES** |
|  |  |  |  |  |  |
| **22. DERECHOS DEL PACIENTE** |
| **SEÑALE** | **SI** | **NO** |
| **Se respeta el derecho del paciente a que la consulta, examen, diagnóstico, discusión, tratamiento y cualquier tipo de información relacionada con el procedimiento médico a aplicársele tenga el carácter confidencial** |
| Se cuenta con un espacio que facilite la privacidad destinado para la comunicación con los pacientes |   |   |
| **Se respeta el derecho del paciente a que, antes y en las diversas etapas de atención al paciente, reciba del centro de salud a través de sus miembros responsables, la información concerniente al diagnóstico de su estado de salud, al pronóstico, al tratamiento, a los riesgos que médicamente está expuesto, a la duración probable de incapacitación y a las alternativas para el cuidado y tratamientos existentes, en términos que el paciente pueda razonablemente enteder y estar habilitado para tomar una decisión sobre el procedimiento a seguirse.**  |
| Cuenta el establecimiento con documento de consentimiento informado que describa: |
| a.     Objetivos de la intervención |   |   |
| b.    Características de la intervención |   |   |
| c.    Recuperación |   |   |
| d.     Nombres y firma del paciente |   |   |
| e.    Del profesional responsable |   |   |
| f.     Fecha de obtención del consentimiento. |   |   |
| **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 respeta el derecho del paciente a no ser discriminado por razones de sexo, raza, edad, religión o condición social y económica. |  |  |
| Los pacientes en espera de trasplante y las personas trasplantadas en condiciones de emergencia, urgentes o inmediatas tienen prioridad en su evaluación y tratamiento. |  |  |
| Existe información disponible en carteleras, pantallas de promoción de la donación y trasplante |  |  |
|   |   |   |   |   |   |
| **23. CUIDADO AL PACIENTE** |
| **El establecimiento dispone de procedimientos que definen el proceso para garantizar la cirugía en el lugar correcto, con el procedimiento correcto y con el paciente correcto, que incluye**  |
| a.     Identificación del área quirúrgica |   |   |
| b.    Verificación correcta de los documentos del paciente |   |   |
| c.     Funcionamiento correcto de los equipos |   |   |
| Se identifica correctamente al paciente (utilizando identificadores) sin incluir el número de habitación |   |   |
| El establecimiento dispone de normas y procedimientos para la higiene de manos, publicadas en las áreas relacionadas con el trasplante de órganos y tejidos |   |   |
| **La institución implementa medidas y procedimientos para:**  |
| a.     Reducir el riesgo de daño al paciente, producido por caídas |   |   |
| b.    Los protege contra agresiones físicas por parte de visitas, otros pacientes y del personal |   |   |
| **La institución identifica y proporciona protección a:** |
| a.     Niños |   |   |
| b.    Ancianos |   |   |
| c.     Discapacitados |   |   |