**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 | | | |  |  |