**LISTA DE VERIFICACIÓN – ANEXO 1**

**CREDITACIÓN/REACREDITACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD EN EL PROGRAMA DE TRASPLANTE HEPÁTICO**

(Lo que se verificará en la visita de inspección)

|  |
| --- |
| **SERVICIOS FINALES** |
|  |  |  |  |  |  |
| **1. CONSULTA EXTERNA** |
| **Cómo servicio organizado** | **SI** | **NO** |
| Es un servicio centralizado |   |   |
| **Consulta de especialidades médicas** | **Diario**  | **Periódico** | **SI** | **NO** |
| Medicina Interna |   |   |   |   |
| Cardiología |   |   |   |   |
| Endocrinología |   |   |   |   |
| Gastroenterología con orientación a Hepatología  |   |   |   |   |
| Neumología |   |   |   |   |
| Neurología |   |   |   |   |
| Pediatría |   |   |   |   |
| Nutrición |   |   |   |   |
| Psiquiatría / Psicología  |   |   |   |   |
| Personal de trabajo social |   |   |   |   |   |
| **Consulta de especialidades quirúrgicas atendidas por especialistas en:**  |
| Cirujano General |   |   |
| Cirugía General con experiencia en Cirugía Hepato-biliar  |   |   |
| **Consulta de Especialidades quirúrgicas atendias por especialistas en:** |
| Gastroenterólogo con experiencia en hepatología |   |   |
| Otros |   |   |
|   |   |   |
|  |  |  |  |  |  |
| **2. EMERGENCIA** |
| **Cómo servicio organizado** | **SI** | **NO** |
| Es un servicio centralizado |   |   |
| **Cuenta con turno de** | **Constante** | **Llamada** | **SI** | **NO** |
| Médico especialista |   |   |  |  |
| Posgradista |   |   |  |  |
| Médico General |   |   |   |   |
| **Cuenta especialistas de turno** |
| Médico Internista |   |   |
| Gastroenterología con orientación a Hepatología  |   |   |
| Cirugía General |   |   |
| Otros |   |   |
|   |   |   |
| **Cuenta con los siguientes auxiliares de diagnóstico y tratamiento** |
| **Horario** | **≤ 8h** | **8-12h** | **12-24h** | **SI** | **NO** |
| Laboratorio |   |   |   |   |   |
| Anestesiología |   |   |   |   |   |
| Banco de sangre |   |   |   |   |   |
| Centro Quirúrgico |   |   |   |   |   |
| Imagenología |   |   |   |   |   |
| Otros |   |   |   |   |   |
|  |  |  |  |  |  |
| **3. HOSPITALIZACION** |
| **Características de la habitación** | **SI** | **NO** |
| Individual |   |   |
| Aislada |   |   |
| Con baño exclusivo |   |   |
| Con ducha |   |   |
| Extractor de aire |   |   |
| Luces bajas y altas |   |   |
| Sistema comunicación con enfermería |   |   |
| Cama hospitalaria |   |   |
| Sala de aislamiento |   |   |
| **Personal a cargo del paciente trasplantado en hospitalización**  |
| **Horario** | **≤ 8h** | **8-12h** | **12-24h** | **SI** | **NO** |
| Médico especialista |   |   |   |   |   |
| Médico posgradista |   |   |   |   |   |
| Médico general |   |   |   |   |   |
| Enfermería |   |   |   |   |   |
| **Dispone de** |
| Coche de paro |   |   |
| Carro de curaciones |   |   |
| **Cuenta con los siguientes auxiliares de diagnóstico y tratamiento** |
| **Horario** | **≤ 8h** | **8-12h** | **12-24h** | **SI** | **NO** |
| Imagenología  |   |   |   |   |   |
| Banco de sangre |   |   |   |   |   |
| Laboratorio |   |   |   |   |   |
| Farmacia |   |   |   |   |   |
| Electrodiagnóstico (EKG) |   |   |   |   |   |
|  |
| **4. SEGUIMIENTO DE PACIENTES** |
| **A cargo de:**  | **SI** | **NO** |
| Médico Especialista |   |   |
| Médico posgradista |   |   |
| Trabajadora Social |   |   |
| Otro |   |   |
|  |
| **5, 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** |
|   |
| **6. BLOQUE QUIRURGICO** |
|   | **SI** | **NO** |
| Es un servicio centralizado |   |   |
| **Cuenta con** |
| Quirófano general |   |   |
| Quirófanos especializados |   |   |
| Fácil acceso a unidad de terapia intensiva |   |   |
| Dos quirófanos con acceso contiguo |   |   |
| **Equipamiento: (en cada quirófano)** |
| Analizador de gases y electrolitos (cables de ECG, Saturación de O2, Capnografía CO2, PVC, PA, PANI, Swan- Ganz) |   |   |
| Mesa de cirugía de banco en el quirófano para el receptor del trasplante |   |   |
| Vitrinas metálicas o muebles para equipos e instrumental quirúrgico, insumos o medicamentos |   |   |
| Set básico para cirugía de banco |   |   |
| Dos sets básicos de cirugía mayor |   |   |
| Dos sets básicos de instrumental de especialidad de cirugía vascular |   |   |
| Set de instrumental para receptor |   |   |
| Material de sutura y otros (diversos tipos, numeros,cobertor o colchon térmico, almohadas, sondas) |   |   |
| Luz de emergencia |   |   |
| Mesa quirúrgica adecuada con cambios de posición |   |   |
| Mesa para instrumental quirúrgico |   |   |
| Mesa accesoria para instrumental quirúrgico |   |   |
| Oxígeno central o en balones |   |   |
| Aspiración central o portátil |   |   |
| Electrobisturí-electrocauterio |   |   |
|  |  |  |  |  |  |
| **7. ESTERILIZACION** |
|   | **SI** | **NO** |
| Es un servicio centralizado |   |   |
| **Realiza esterilización por**  |
| Autoclave |   |   |
| Gases |   |   |
| **Cuenta con personal asignado (excluyente):** | **SI** | **NO** |
| Exclusivo |  |  |
| No exclusivo |   |   |
|  |  |  |  |  |  |
| **8. ANESTESIOLOGÍA** |
|   | **SI** | **NO** |
| Es un servicio centralizado |   |   |
| **A cargo de** |
| Médico anestesiólogo |   |   |
| Otros |   |   |
| **Realiza anestesia** |
| Analgesia por relajación |   |   |
| Anestesia general por gases |   |   |
| General |   |   |   |   |   |
| Local |   |   |
| Peridural |   |   |
| Raquidea |   |   |
| **Instrumental y equipamiento:** |
| 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 oxigeno, monitor de presiones en via aérea y ventilador. |   |   |
| Equipo 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, presión venosa central, monitor de signos vitales, oximetría de pulso, capnografía y temperatura) |   |   |
|   |
| **9. SALA DE RECUPERACIÓN** |
|   | **SI** | **NO** |
| Habitación privada o área de aislamiento |   |   |
| 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 |   |   |
| Sistema de calentamiento de líquidos y sangre |  |  |
| Equipo mínimo para manejo de via aérea (laringosocópio con hojas para adultos y niños, tubos endotraqueales, mascarillas laríngeas, equipo de intubación) |  |   |
| Personal de enfermería permanente |  |   |
| Personal médico de supervisión continua |  |   |
| Control estricto del proceso de atención de enfermería (control de ingesta, excreta, signos vitales) |  |  |
|   |
| **10. FARMACIA** |
|   | **SI** | **NO** |
| Es un servicio centralizado |   |   |
| **A cargo de (excluyentes):** |
| Químico farmacéutico |   |   |
| Otros: |   |   |
| **Tiene depósito** |
| General |  |   |
| Especial para sicofármacos |  |  |
| Medicamentos inmunosupresores |  |  |
|   |
| **11. 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 |   |   |   |   |   |
|  |  |  |  |  |  |
| **12. IMAGENOLOGÍA** |
| **Cuenta con** | **SI** | **NO** |
| Es un servicio centralizado |   |   |
| **Realiza** |
| Radiografía simple |   |   |
| Radiografía de contraste |   |   |
| Radiografía especializada |   |   |
| Ecografía (Abdominal y Pélvica) |   |   |
| Tomografía |   |   |
| Resonancia Magnética |   |   |
| Procedimientos invasivos |   |   |
| Procedimientos con uso de anestesia  |   |   |
| Cistouretrograma de llenado y miccional  |   |   |
| Estudios Urodinámicos  |   |   |
| **Cuenta con:** |
| Protocolos de procesos invasivos |   |   |
| Acceso a coche de paro durante procesos invasivos |   |   |   |   |   |
| **A cargo de (excluyente)** | **SI** | **NO** |
| Médico radiólogo |   |   |
| Técnico radiólogo |   |   |
| Auxiliar de radiología |   |   |
|  |  |  |  |  |  |
| **13. LABORATORIO** |
|   | **SI** | **NO** |
| Es un servicio centralizado |   |   |
| **A cargo de (excluyentes):** | **SI** | **NO** |
| Médico patólogo |   |   |
| Laboratorista |   |   |
| Técnico laboratorista |   |   |
| Auxiliar de laboratorio |   |   |
| **Realiza** |
| Dosificación de inmunosupresores |   |   |
| Patología |   |   |
| Pruebas de inmunogénetica (HLA) |   |   |
| Química sanguínea y hematología |   |   |
| Toma de muestras |   |   |
| **Serología** |
| \* Virus de la inmunodeficiencia humana (VIH)a |   |   |   |   |
| \* Hepatitis B: VHB - antigeno de superficie (HBsAg)(a) |   |   |
| \* VHB - antigeno core (HBcAc IgM/IgG)(b) |   |   |   |   |
| \* VHB - anticuerpo de superficie (HBsAc) |   |   |   |   |
| \* ADN - VHB en plasma si HBcAc positivo |   |   |   |   |
| \* Hepatitis C (ELISA y PCR) |   |   |   |   |   |
| \* Citomegalovirus (CMV IgG/IgM) |   |   |   |   |   |
| \* Epstein -Barr (EBV IgG7IgM) |   |   |   |   |   |
| \* VDRL |   |   |   |   |   |
| \* Ig G para Varicela-zóster |   |   |   |   |   |
| \* Herpes I y II |   |   |   |   |   |
| \* Rubeola |   |   |   |   |   |
| \* Chagas |   |   |   |   |   |
| \* Detección de Treponema palidum, toxoplasma. |   |   |   |   |
|   |
| **14. SERVICIO DE TRANSFUSIONES Y BANCO DE SANGRE** |
| **Cuenta con (excluyentes):** | **SI** | **NO** |
| Servicio de transfusiones |   |   |
| Banco de sangre |   |   |
| **A cargo de (excluyentes):** | **SI** | **NO** |
| Médico hematólogo |   |   |
| Otro profesional |   |   |
| Auxiliar de banco de sangre |   |   |
| **Realiza** |
| Transfusiones de sangre y componentes sanguíneos |  |   |
| Almacenamiento y transporte de componentes sanguíneos |  |   |
| Concentrado de glóbulos rojos |  |   |
| Concentrado plaquetario |  |   |
| Detección de anticuerpos |  |   |
| Determinación de grupo A, B, O, Rh |   |   |
| Estudios de compatibilidad |  |  |
| Exanguíneotransfusión |  |  |
| Extracción de sangre para banco |  |  |
| Stocks de insumos |   |   |
| Suero antihemofílico |   |   |
| Vigilancia de efectos adversos |   |   |
| **Cuenta con:** |
| Control de equipos |   |   |
| Control de temperatura |   |   |
| Manuales de procesos |   |   |
| Registro de actividades |   |   |
|   |
| **15. ANATOMIA PATOLOGICA** |
|   | **SI** | **NO** |
| Es un servicio centralizado |   |   |
| **A cargo de (excluyentes):** | **SI** | **NO** |
| Médico especialista en patología |   |   |
| otros |   |   |
| **Realiza** |
| Necropsias |  |   |
| Biopsias |   |   |
| Biopsias por congelación |   |   |
| Citologías |   |   |
| **Cuenta con:** |
| Control de equipos |   |   |
| Control de temperatura |   |   |
| Manuales de procesos |   |   |
| Registro de actividades |   |   |
|   |
| **16. CUIDADOS INTENSIVOS O AREA DE CUIDADO INMEDIATO POSTRASPLANTE** |
|   | **SI** | **NO** |
| Fácil acceso a centro quirúrgico |   |   |
| Fácil acceso a hospitalización |   |   |
| **Cuenta con áreas para atención intensiva** |  |
| Area de Aislamiento |  |  |
| Paciente trasplantado |  |  |
|   |  |  |
| **Horario** | **≤ 8h** | **8-12h** | **12-24h** | **SI** | **NO** |
| Médico especialista |   |   |   |  |  |
| Médico posgradista |   |   |   |  |  |
| Otro |   |   |   |  |  |
| **Posee** |
| Equipo básico de resucitación (coche de paro con desfibrilador de acceso inmediato) |  |  |
| Bomba de infusión |  |  |
| Toma para máquina de diálisis y máquina de diálisis |  |  |
| Sistema de calentamiento de líquidos y sangre |  |  |
| Equipo mínimo para manejo de via aérea (laringosocopio con hojas para adultos y niños, tubos endotraqueales, mascarillas laríngeas, equipo de intubación) |  |  |
| Manuales de procesos |  |  |
|   |
| **17. DOCENCIA NO UNIVERSITARIA SOBRE DONACIÓN Y TRASPLANTE** |
| **Realiza entrenamiento al personal** | **SI** | **NO** |
| Médico |   |   |
| De apoyo |   |   |
| Administrativo |   |   |
| **Realizada por** |
| Personal acreditado |  |  |
| Personal INDOT |   |   |
|   |
| **18. DOCENCIA UNIVERSITARIA** |
| **Cuenta con internos en los servicios de** | **SI** | **NO** |
| Cirugía general |   |   |
| Cirugia vascular  |   |   |
| Gastroenterología |   |   |
| Medicina Interna |   |   |
| Pediatría |   |   |
| **Cuenta con postgradistas en los servicios de** |
| Anestesiología |  |  |
| Cirugía general |   |   |
| Cirugía vascular  |   |   |
| Gastroenterología |   |   |
| Medicina Interna |   |   |
| Pediatría |   |   |
| Terapia Intensiva |   |   |
| **Otra capacitación** |
| De pregrado |  |  |
| De posgrado |  |  |
| En los siguientes servicios: |   |   |
|   |   |   |
|   |
| **SERVICIOS ADMINISTRATIVOS** |
|   |
| **19. DIRECCIÓN Y COORDINACIÓN**  |
| **Señale** | **SI** | **NO** |
| Cuenta con Director |   |   |
| Especializado en administración sanitaria |   |   |
| **Cuenta con Comités de apoyo**  |
| Bioética  |   |   |
| Calidad |   |   |
| Farmacovigilancia |   |   |
| Infecciones |   |   |
| Trasplantes |   |   |
| Otros: |   |   |
|   |   |   |
| **Coordinador Intrahospitalario de Trasplante** |
| **Disponible (excluyente)** |  |  |
| ≤ 8h |   |   |
| 8-12h |   |   |
| 12-24h |   |   |
| 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 |   |   |
|  |   |
| **20. PERSONAL ADMINISTRATIVO** |
| **Tiene personal dedicado a** | **SI** | **NO** |
| Administración |  |  |
| Financiero |  |   |
| Información |  |   |
| Mantenimiento |  |   |
| Servicios Generales |  |   |
| Suministros |  |   |
| Talento humano |  |   |
|   |
|   |
| **21. REPORTE DE INFORMACIÓN** |
| **Realiza reporte de** | **SI** | **NO** |
| Formulario postrasplante |   |   |   |  |  |
| Alerta de pacientes con puntaje en Escala de Glagow <7 |   |   |   |
| Alerta de pacientes con parada cardíaca hasta las 6 horas |   |   |   |
| Información a través del SINIDOT |   |   |
|  |
| **22. 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** |
|  |  |  |  |  |  |
| **23. 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 |  |  |
|   |   |   |   |   |   |
| **24. 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 |   |   |
| **TOTAL CUIDADO AL PACIENTE** |
| **NIVEL DE CUMPLIMIENTO %** |
|   |  |  |
|   |  |  |
| **FIRMA DEL EVALUADOR** |   |   |   |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| **OBSERVACIONES ADICIONALES** |   |   |   |
|  |  |  |
|   |   |   |   |   |   |
|  |  |  |  |  |  |
|   |   |   |   |   |   |
|  |  |  |  |  |  |
|   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |
|  |  |  |  |  |  |
|   |   |   |   |   |   |
|  |  |  |  |  |  |
|   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |
|  |  |  |  |  |  |
|   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|   |   |   |   |   |   |
|  |  |  |  |  |  |
|   |   |   |   |   |   |
|  |  |  |  |  |  |
|   |   |   |   |   |   |
| Centralizado |   |   |
| Tercerizado  |   |   |
| Confecciona ropa |   |   |
| Repara ropa |   |   |
| **Aseo** |
| Personal de aseo específico |  |  |
| Areas comunes |  |  |
| Areas estériles |   |   |
| **Cuenta con** |
| Manual de procedimientos |   |   |
| Manual de bioseguridad |   |   |
| **TOTAL SERVICIOS GENERALES** |
| **NIVEL DE ADECUACIÓN %** |
|  |
| **27. MANTENIMIENTO** |
| **Señale** | **SI** | **NO** |
| Cuenta con Departamento de Mantenimiento |   |   |
| **A cargo de (excluyentes):** |
| Profesional |   |   |
| Técnico |   |   |
| Otro |   |   |
| **Realiza mantenimiento verificar plan por equipos** |
| Correctivo |   |   |
| Preventivo |   |   |
| **TOTAL MANTENIMIENTO** |
| **NIVEL DE ADECUACIÓN %** |
|  |  |  |  |  |  |
| **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  |   |   |
| **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 identifica correctamente al paciente (utilizando identificadores) sin incluir el número de habitación. |   |   |
| El proceso se realiza antes de la ejecución de procedimientos y tratamientos. |   |   |
| El establecimiento y el personal que labora, respetan y garantizan la confidencialidad de la información proporcionada por el o la paciente, durante el proceso de trasplante, incluyendo, el secreto de su estancia en la unidad de salud, salvo por exigencias legales imprescindibles. |   |   |
| **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. |   |   |
| El establecimiento dispone de normas y procedimientos para la higiene de manos, publicadas en las aéreas 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 los niños |   |   |
| b.    Ancianos |   |   |
| c.     Discapacitados |   |   |
| d.    Demás población vulnerable |   |   |
| **La institución proporciona información en un lenguaje que puedan entender los pacientes y familiares, cuando sea oportuno, sobre:** |
| a.     el estado médico |   |   |
| b.    diagnóstico |   |   |
| c.     consentimiento e imprevistos |   |   |
| **Se describen en documentos oficiales del establecimiento:** |
| a.     Los casos en que debe requerir el consentimiento informado |   |   |
| b.    El documento y/o formulario, que describa las características e información sobre el procedimiento a realizar |   |   |
| c.     Objetivos de la intervención |   |   |
| d.    Sus características |   |   |
| e.     Problemas relacionados con la recuperación |   |   |
| f.     Nombres y firma del paciente |   |   |
| g.    Del profesional responsable |   |   |
| h.     Fecha de obtención del consentimiento. |   |   |
| El procedimiento quirúrgico no se inicia hasta que todas las preguntas y preocupaciones del paciente y familiares, queden resueltas. |   |   |
| La institución proporciona información para fortalecer la decisión de donación de órganos y tejidos. |   |   |
| La institución dispone de convenios de actividad docente asistencial con centros universitarios, aprobados por la dirección del centro y que incluyan el respeto a la dignidad y derechos de los pacientes. |   |   |
| **La Unidad de Salud, dispone de registros de investigaciones en seres humanos** |
| a.     Aprobadas por los Comités de Bioética e Investigación |   |   |
| b.    Autorizados por la Autoridad Sanitaria Nacional. |   |   |
| Los pacientes en espera de trasplante y/o trasplantados en condiciones de emergencia, urgentes o inmediatas tienen prioridad en su evaluación y tratamiento. |   |   |
| **TOTAL DERECHOS** |   |   |
| **NIVEL DE ADECUACIÓN %** |   |   |