**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 %** | | | |  |  |