**FORMULARIO 002.HIGp**

|  |
| --- |
| **1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA UNIDAD** |

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

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

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

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

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

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

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

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

|  |
| --- |
| **El equipo de trasplante hepático pediátrico 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** |
| 1 | Médico gastroenterólogo o hepatólogo infantil |
| 2 | Médicos Cirujanos Generales con experiencia en trasplante hepático pediátrico |
| 1 | Médico anestesista con experiencia en la asistencia de pacientes pediátricos |
| 1 | Médico pediatra especialista en terapia intensiva |
| 1 | Médico Infectólogo  |
| 1 | Enfermera en Hospitalización  |

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

|  |
| --- |
| **2.4. SERVICIOS DE LA UNIDAD DE SALUD:** **ANEXO 1 (más detalle)** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **SI** | **NO** |
| **SERVICIOS FINALES :**  |  |  |
| 1. Consulta externa |  |  |
| 2. Emergencias |  |  |
| 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 MATERIALES** | **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 e insumos de acuerdo a los protocolos del programa de trasplante, existencia y planificación de compras.
 |  |  |
| 1. Registro de mantenimiento de los equipos acorde al programa de trasplante solicitado ( plan de mantenimiento anual preventivo, mantenimiento correctivo realizado)
 |  |  |

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

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **SI** | **NO** | **NA** |
| 1. Formulario 001. “Solicitud de acreditación”
 |  |  |  |
| 1. Formulario 002.HIGp “- Requerimientos para acreditación en el programa de trasplante hepático 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 su análisis respectivo por ejemplo principales avances y problemas. (EN CASO DE REACREDITACIÓN)
 |  |  |  |
| 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 verificara la existencia de Manuales de Procedimientos en cada servicio a inspeccionar.  |  |  |  |

**En……………………………………….…….,a…………………………………….del ……………**

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