**FORMULARIO 002.PUL**

|  |
| --- |
| **1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO** |

|  |
| --- |
| 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 únicamente la documentación que haya perdido vigencia así como LOS CAMBIOS O VARIACIONES QUE HUBIERAN EN EL ESTABLECIMIENTO DE SALUD O EN LOS PROCEDIMIENTOS PARA REALIZAR EL TRASPLANTE.

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

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

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

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

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

|  |
| --- |
| **El equipo de trasplante pulmonar deberá estar integrado como mínimo por los siguientes profesionales:** |

|  |
| --- |
| **Especificar que profesionales pertenecen al:** |
| - Equipo de Ablación |
| - Equipo de Trasplante |

|  |  |
| --- | --- |
| **Número** | **Profesional** |
| 2 | Médicos especialistas en cirugía torácica que hayan participado como cirujano principal o primer ayudante en diez (10) o más trasplantes pulmonares con donante cadavérico en los últimos cinco (5) años, de los cuales al menos dos (2) deberán haber participado como cirujano principal. Certificado y avalizada por el establecimiento en donde realizó la formación.  Certificar la participación, en veinte (20) o más intervenciones de cirugía mayor (resecciones pulmonares, pared torácica, pleurales, traqueal, mediastínica, esofágica o diafragmática) efectuados en el establecimiento que solicita acreditar el programa de trasplante, mediante record quirúrgico con firmas de responsabilidad por el director médico o Líder de docencia del establecimiento de salud, |
| 2 | Médicos especialistas en neumología que hayan participado en diez (10) ó más trasplantes pulmonares como médico tratante; habiendo realizado su perfeccionamiento en un centro con programa de trasplante de pulmón.  Deberá certificar entrenamiento de mínimo dos años en el cuidado de pacientes con insuficiencia respiratoria aguda y crónica, asistencia ventilatoria mecánica pre y post trasplante, selección de donantes, procuración de órganos, evaluación del receptor, manejo hemodinámico e inmunosupresor de los pacientes trasplantados. Esta capacitación deberá haberse adquirido con una anterioridad no mayor a cinco (5) años a la fecha de solicitud de la acreditación para trasplante. |
| 1 | Médico especialista en neumología con experiencia de al menos dos (2) años en laboratorio de función pulmonar, certificado por el jefe del servicio de neumología donde completó su capacitación. |
| 1 | Médico especialista en medicina intensiva que haya participado en el cuidado de al menos diez (10) o más pacientes pos trasplante pulmonar, que haya realizado su perfeccionamiento en un centro con programa de trasplante de pulmón. Deberá certificar entrenamiento en el cuidado de pacientes con insuficiencia respiratoria aguda y crónica; asistencia ventilatoria mecánica pre y post trasplante; selección de donantes; apoyo en procuración de órganos; evaluación del receptor; manejo hemodinámico e inmunosupresor de los pacientes trasplantados. Esta capacitación deberá haberse adquirido con una anterioridad no mayor a cinco (5) años a la fecha de solicitud de la autorización para trasplante. |
| 1 | Médico especialista en infectología |
| 1 | Médico especialista en diagnóstico por imagen |
| 1 | Médico especialista en anestesiología con experiencia de al menos veinte (20) intubaciones selectivas realizadas, diez (10) resecciones pulmonares, y/ o cinco (5) trasplantes pulmonares en los últimos cinco (5) años.  La certificación de la actividad deberá estar avalizada por el Hospital en donde realizó la formación. asistencia |
| 1 | Médico especialista en anatomía patológica |
| 2 | Licenciados/os en terapia respiratoria con experiencia de al menos dos (2) años en laboratorio de función pulmonar, certificado por el jefe del laboratorio o médico tratante donde completó su capacitación |
| 2 | Enfermera/os instrumentista que haya participado activamente en al menos (10) diez cirugías pulmonares de alta complejidad. |
| 2 | Enfermera/o de UCI con entrenamiento específico en el cuidado de al menos diez (10) pacientes con insuficiencia respiratoria aguda y crónica, asistencia ventilatoria mecánica pre y post trasplante, apoyo en procuración de órganos. |
| 2 | Enfermera/o en Hospitalización con entrenamiento específico en el cuidado de al menos diez (10) pacientes con insuficiencia respiratoria aguda y crónica, asistencia ventilatoria mecánica pre y post trasplante, apoyo en procuración de órganos. |

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

|  |
| --- |
| **2.4. SERVICIOS DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD:**  **ANEXO 1 (más detalle)** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **SI** | **NO** |
| **SERVICIOS FINALES :** |  |  |
| 1. Consulta externa |  |  |
| 2. Urgencias |  |  |
| 3. Hospitalización |  |  |
| 4. Seguimiento de Pacientes |  |  |
| 5. Control epidemiológico |  |  |
| **SERVICIOS INTERMEDIOS:** |  |  |
| 6. Bloque quirúrgico |  |  |
| 7. Fisioterapia Respiratoria |  |  |
| 8. Esterilización |  |  |
| 9. Anestesiología |  |  |
| 10. Sala de recuperación |  |  |
| 11. Farmacia |  |  |
| 12. Enfermería |  |  |
| 13. Imagenología |  |  |
| 14. Laboratorio |  |  |
| 15. Servicio de transfusiones y Banco de sangre |  |  |
| 16. Anatomía Patológica |  |  |
| 17. Cuidados Intensivos o Área de cuidado inmediato postrasplante |  |  |
| 18. Docencia no universitaria sobre donación y trasplante |  |  |
| 19. Docencia universitaria. |  |  |
| **SERVICIOS ADMINISTRATIVOS:** |  |  |
| 20. Dirección y Coordinación |  |  |
| 21. Personal Administrativo |  |  |
| 22. Reporte de información |  |  |
| 23. Mantenimiento |  |  |
| 24. Derechos del paciente |  |  |
| 25. Cuidado al paciente |  |  |
| 26. trabajo social |  |  |

|  |
| --- |
| **2.5 MEDICAMENTOS, MATERIALES, EQUIPOS, INSUMOS CLÍNICOS, E INSTRUMENTAL QUIRÚRGICO** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **RECURSOS** | **SI** | **NO** |
| 1. Información detallada de las características, disponibilidad y cálculo de necesidades anuales de: 2. Materiales 3. Insumos clínicos 4. Equipos e instrumental quirúrgico |  |  |
| 1. Listado de medicamentos de acuerdo a los protocolos del programa de trasplante, existencias y planificación de compras. |  |  |
| 1. Registro de mantenimiento de los equipos acorde al programa de trasplante solicitado (plan de mantenimiento anual preventivo y correctivo) |  |  |

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

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **SI** | **NO** | **NA** |
| 1. Formulario 001. “Solicitud de acreditación” |  |  |  |
| 1. Formulario 002.CARD “Requerimientos para acreditación en el programa de trasplante pulmonar” |  |  |  |
| 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 la norma de acreditación del INDOT. |  |  |  |
| 1. Documento que certifique que el establecimiento de salud tiene 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. Planificación de vacaciones de los miembros del equipo de trasplante |  |  |  |
| 1. Planificación de asistencia a capacitaciones de los miembros del equipo de trasplante. |  |  |  |
| 1. Protocolos a aplicarse en el programa de trasplante a acreditarse (pueden ser en formato digital - escaneado- o físico, en ambos casos deberán contar con firmas de responsabilidad) |  |  |  |

En………………………………………, a …………… de ……………………….del ……………

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