

 Instituto Nacional de Donación y Trasplante de Órganos, Tejidos y Células INDOT	REQUERIMIENTOS PARA ACREDITACIÓN Y RE ACREDITACIÓN EN EL PROGRAMA DE TRASPLANTE HEPÁTICO		FECHA: 03-07-2018	
	Versión: 06		CÓDIGO: RG-INDOT-326	
	PUBLICADO	EN ANÁLISIS	BORRADOR	OBSOLETO
	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			PÁGINA: 1 de 5	

FORMULARIO 002.HIG

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD		
Nombre/Razón Social:		
Ciudad:	Provincia:	Cantón:
Dirección: Calle principal:		Número:
Calle secundaria:		
Código Postal:		
Teléfonos:		
Correo electrónico:		
Nombre de la Máxima Autoridad:		
N° Permiso de funcionamiento:		
Categoría: Red Pública Integral de Salud <input type="checkbox"/> Red Privada Complementaria <input type="checkbox"/>		
Acreditación <input type="checkbox"/> Re acreditación <input type="checkbox"/>		

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

	SI	NO
Formulario 001. "Solicitud de acreditación"		
Formulario 002.HIG "Requerimientos para acreditación en el programa de trasplante hepático adulto"		
Análisis estadístico de la actividad trasplantológica realizada durante los años precedentes de acreditación, que incluyan análisis de la sobrevida, incidencia de rechazo, complicaciones pos trasplante (en caso de RE ACREDITACIÓN)		

EN EL CASO DE REACREDITACION			
Nº Trasplantes en los 2 últimos años	% Sobrevida del injerto	% Sobrevida del paciente	% Complicaciones

2.1. LISTA DE CHEQUEO DE LOS REQUISITOS DOCUMENTALES INSTITUCIONALES NECESARIOS

SE ANEXA:	SI	NO
1. Carta motivada para la creación de Programa de Trasplante hepático suscrita por la máxima autoridad		
2. Permiso de funcionamiento vigente		
3. Copia del Registro Único de Contribuyentes.		
4. Copia del nombramiento del Representante Legal o máxima autoridad del requirente.		
5. Listado del equipo de Procuración (Coordinador intrahospitalario y equipo de apoyo)		

 <p>Instituto Nacional de Donación y Trasplante de Órganos, Tejidos y Células INDOT</p>	REQUERIMIENTOS PARA ACREDITACIÓN Y RE ACREDITACIÓN EN EL PROGRAMA DE TRASPLANTE HEPÁTICO				FECHA: 03-07-2018
	Versión: 06				CÓDIGO: RG-INDOT-326
	PUBLICADO	EN ANALISIS	BORRADOR	OBSOLETO	PÁGINA: 2 de 5
	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

6. Esquema organizacional del equipo de ablación y de trasplante.		
7. Certificado del sistema de gestión de calidad.		
8. Perfil epidemiológico de patologías hepáticas susceptibles de trasplante		
9. Proyección anual de trasplantes a realizarse por cada año de acreditación		
10. Proyección de identificación anual de donantes (potenciales y efectivos)		
11. Planificación anual de vacaciones del equipo de trasplante		
12. Planificación anual de capacitaciones del equipo de trasplante		
13. Listado de los equipos e instrumental quirúrgico		
14. Listado de insumos y materiales: disponibilidad y cálculo de necesidades anuales.		
15. Listado de medicamentos según protocolos: disponibilidad; cálculo de necesidades anuales y planificación de compras.		
16. Planificación anual de mantenimiento preventivo y correctivo de los equipos a ser usados en la evaluación pre trasplante, el trasplante y seguimiento pos trasplante.		
17. Planificación de movilización y logística del equipo quirúrgico de ablación, en el caso de aceptar la oferta de una ciudad fuera de la que se encuentra el establecimiento de salud que solicita la acreditación o re acreditación.		
18. Listado de los exámenes serológicos y de función hepática que realiza el laboratorio institucional para evaluación de donante y de receptor. En caso de no contar con la realización de este tipo de exámenes indicar que mecanismo ha implementado para su realización.		
19. Protocolos de trasplantes:		
✓ Fase de evaluación pretrasplante:		
1. Selección y evaluación del receptor para trasplante hepático	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
✓ Fase de donación		
1. Selección y evaluación del donante cadavérico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Ablación hepática	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Restauración del cadáver	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
✓ Fase de trasplante		
1. Admisión y evaluación pre operatoria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Anestesia para trasplante hepático	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Cirugía de implante de hígado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
✓ Fase de seguimiento pos trasplante		
1. Manejo post operatorio en Cuidados Intensivos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Manejo de complicaciones pos trasplante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Inmunosupresión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Manejo post operatorio Cuidados intermedios	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Control, manejo y seguimiento pos trasplante en consulta externa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2.3. INFORMACIÓN DE COORDINADOR/A INTRAHOSPITALARIO/A DE TRASPLANTE

Nombre:

N° de Registro SENESCYT:

Especialidad:

 Instituto Nacional de Donación y Trasplante de Órganos, Tejidos y Células INDOT	REQUERIMIENTOS PARA ACREDITACIÓN Y RE ACREDITACIÓN EN EL PROGRAMA DE TRASPLANTE HEPÁTICO		FECHA: 03-07-2018	
	Versión: 06		CÓDIGO: RG-INDOT-326	
	PUBLICADO	EN ANALISIS	BORRADOR	OBSOLETO
	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			PÁGINA: 3 de 5	

Domicilio: Ciudad:	Cantón:
Calle principal:	Número:
Calle secundaria:	Código Postal:
Teléfonos:	
Correo electrónico:	

2.2. INFORMACIÓN DEL LIDER DEL EQUIPO DE TRASPLANTE	
Nombre y Apellidos:	
N° de Registro SENESCYT:	
Especialidad:	
Domicilio: Ciudad:	Cantón:
Calle principal:	Número:
Calle secundaria:	Código Postal:
Teléfonos:	
Correo electrónico:	

2.4. PERSONAL DE SALUD DEL EQUIPO DE TRASPLANTES (Formulario 003 y sus respaldos por cada profesional)

El equipo de trasplante hepático adulto deberá estar integrado como mínimo por los siguientes profesionales:

Número	Número de profesionales mínimos para el equipo clínico de trasplante
1	Un (1) Gastroenterólogo o hepatólogo con orientación a Hepatología
1	Un (1) Médico/a intensivista
1	Un (1) Médico/a infectólogo
1	Un (1) Médico patólogo
1	Un (1) Médico/a psiquiatra o psicólogo/a
1	Un (1) Enfermero/a
1	Un (1) Nutricionista
1	Un (1) Trabajador/a social
1	Un (1) Auxiliar de enfermería

Número	Números de profesionales mínimos para el equipo quirúrgico de trasplante
1	Un (1) cirujano principal
1	Un (1) cirujano de apoyo
1	Un (1) cirujano/a en entrenamiento
2	Dos (2) médicos anesthesiólogos

Número	Número de profesionales mínimo para el equipo quirúrgico de ablación
1	Un (1) coordinador intrahospitalario
1	Un (1) cirujano principal
1	Un (1) cirujanos de apoyo
1	Un (1) cirujanos/as en entrenamiento

 Instituto Nacional de Donación y Trasplante de Órganos, Tejidos y Células INDOT	REQUERIMIENTOS PARA ACREDITACIÓN Y RE ACREDITACIÓN EN EL PROGRAMA DE TRASPLANTE HEPÁTICO				FECHA: 03-07-2018
	Versión: 06				CÓDIGO: RG-INDOT-326
	PUBLICADO	EN ANALISIS	BORRADOR	OBSOLETO	PÁGINA: 5 de 5
	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

4. Servicio de psiquiatría y psicología		
5. Anatomía patológica		
SERVICIOS PARA TRASPLANTE		
1. Emergencia		
2. Laboratorio		
3. Bloque quirúrgico y anestesiología		
4. Cuidados Intensivos o Área de cuidado en el pos trasplante inmediato		
5. Insumos y medicación		
SERVICIOS ADMINISTRATIVOS:		
1. Control epidemiológico		
2. Mantenimiento		
3. Derechos del paciente y cuidados del paciente		

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