

 Instituto Nacional de Donación y Trasplante de Órganos, Tejidos y Células <b>INDOT</b>	<b>REQUERIMIENTOS PARA ACREDITACIÓN EN EL PROGRAMA DE TRASPLANTE HEPÁTICO ADULTO</b>	<b>FECHA:</b> 20-07-2017
	<b>Versión: 05</b>	<b>CÓDIGO:</b> RG-INDOT-326
	PUBLICADO <input checked="" type="checkbox"/> EN ANALISIS <input type="checkbox"/> BORRADOR <input type="checkbox"/> OBSOLETO <input type="checkbox"/>	<b>PÁGINA:</b> 1 de 4

## FORMULARIO 002.HIGa

### 1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD

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 DE 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 TRASPLANTE (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 hepático adulto deberá estar integrado como mínimo por los siguientes profesionales:**

**Especificar en el formulario 003 que profesionales pertenecen al:**

- Equipo de Ablación

 Instituto Nacional de Donación y Trasplante de Órganos, Tejidos y Células INDOT	<b>REQUERIMIENTOS PARA ACREDITACIÓN EN EL PROGRAMA DE TRASPLANTE HEPÁTICO ADULTO</b>	<b>FECHA:</b> 20-07-2017
	<b>Versión: 05</b>	<b>CÓDIGO:</b> RG-INDOT-326
	PUBLICADO <input checked="" type="checkbox"/> EN ANALISIS <input type="checkbox"/> BORRADOR <input type="checkbox"/> OBSOLETO <input type="checkbox"/>	<b>PÁGINA:</b> 2 de 4

- Equipo de Trasplante

Número	Profesional
1	Gastroenterólogo con orientación a Hepatología
2	Médicos Cirujanos Generales con experiencia en trasplante hepático
1	Médico Anestesiólogo
1	Médico Intensivista
1	Médico Infectólogo
1	Enfermera en Hospitalización

Nombre	Especialidad	Función

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

	SI	NO
<b>SERVICIOS FINALES :</b>		
1. Consulta externa		
2. Emergencias		
3. Hospitalización		
4. Seguimiento de Pacientes		
5. Control epidemiológico		
<b>SERVICIOS INTERMEDIOS:</b>		
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.		
<b>SERVICIOS ADMINISTRATIVOS:</b>		

 Instituto Nacional de Donación y Trasplante de Órganos, Tejidos y Células <b>INDOT</b>	<b>REQUERIMIENTOS PARA ACREDITACIÓN EN EL PROGRAMA DE TRASPLANTE HEPÁTICO ADULTO</b>				FECHA: 20-07-2017
					CÓDIGO: RG-INDOT-326
	<b>Versión: 05</b>				PÁGINA: 3 de 4
PUBLICADO	EN ANALISIS	BORRADOR	OBSOLETO		
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

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: a. Materiales b. Insumos c. Equipos e instrumental quirúrgico		
2. Listado de medicamentos de acuerdo a los protocolos del programa de trasplante, existencias y planificación de compras		
3. Registro de mantenimiento de los equipos acorde al programa de trasplante (plan de mantenimiento anual preventivo, mantenimiento correctivo realizado)		

**2.6 DOCUMENTOS INSTITUCIONALES**

	SI	NO	NA
1. Formulario 001. "Solicitud de acreditación"			
2. Formulario 002.HIGa "- Requerimientos para acreditación en el programa de trasplante hepático adulto"			
3. Permiso de funcionamiento vigente del establecimiento de salud.			
4. 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.			
5. Copia del Registro Único de Contribuyentes;			
6. Copia del nombramiento del Representante legal o máxima autoridad del requirente.			
7. Esquema organizacional del equipo de trasplante según el manual de acreditación del INDOT.			
8. Documento que certifique que el establecimiento de salud cuenta con un Sistema de Gestión de Calidad.			
9. 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)			
10. Perfil epidemiológico del establecimiento de salud			
11. Planificación de vacaciones de los miembros del equipo de trasplante			
12. Planificación de asistencia a capacitaciones de los miembros del equipo de trasplante			

 Instituto Nacional de Donación y Trasplante de Órganos, Tejidos y Células <b>INDOT</b>	<b>REQUERIMIENTOS PARA ACREDITACIÓN EN EL PROGRAMA DE TRASPLANTE HEPÁTICO ADULTO</b>	<b>FECHA:</b> 20-07-2017
	<b>Versión: 05</b>	<b>CÓDIGO:</b> RG-INDOT-326
	PUBLICADO <input checked="" type="checkbox"/> EN ANALISIS <input type="checkbox"/> BORRADOR <input type="checkbox"/> OBSOLETO <input type="checkbox"/>	<b>PÁGINA:</b> 4 de 4

Se verificara la existencia de Manuales de Procedimientos en cada servicio a inspeccionar.			
--	--	--	--

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

<b>Nombre, firma y sello del Director Médico del Establecimiento de Salud</b>
<b>Nombre, firma y sello del Gerente General del Establecimiento de Salud</b>