

 Ministerio de Salud Pública Instituto Nacional de Donación y Trasplante de Órganos, Tejidos y Células INDOT	REQUERIMIENTOS PARA ACREDITACIÓN EN EL PROGRAMA DE TRASPLANTE RENAL	FECHA: 03-03-2016
	Versión: 01	CÓDIGO: RG-INDOT-328
	PUBLICADO <input checked="" type="checkbox"/> EN ANALISIS <input type="checkbox"/> BORRADOR <input type="checkbox"/> OBSOLETO <input type="checkbox"/>	PÁGINA: 1 de 4

FORMULARIO 002.RIÑ

EXPEDIENTE N°:
 (USO DEL INDOT)

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA UNIDAD

Nombre/Razón Social:
Dirección:
Teléfonos:
Correo electrónico:
Ciudad: Provincia:
Nombre del Director:
Permiso de funcionamiento sanitario:
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 DE LOS CAMBIOS O VARIACIONES QUE HUBIERAN EN LA UNIDAD MEDICA O EN LOS PROCEDIMIENTOS PARA REALIZAR EL TRASPLANTE.

2.1. LIDER DEL EQUIPO DE TRASPLANTES

Nombre:
N° de Registro de Senescyt:
Especialidad:
Dedicación (Tiempo %):
Dirección:
Teléfonos:
Correo electrónico:

2.2. COORDINADOR/A INTRAHOSPITALARIO/A DE TRASPLANTES (PROCURADOR)

Nombre:
N° de Registro de Senescyt:
Especialidad:
Dedicación (Tiempo %):
Dirección:
Teléfonos:
Correo electrónico:

 Ministerio de Salud Pública Instituto Nacional de Donación y Trasplante de Órganos, Tejidos y Células INDOT	REQUERIMIENTOS PARA ACREDITACIÓN EN EL PROGRAMA DE TRASPLANTE RENAL		FECHA: 03-03-2016
			CÓDIGO: RG-INDOT-328
	Versión: 01		PÁGINA: 2 de 4
PUBLICADO	EN ANALISIS	BORRADOR	
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

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

Especificar que profesionales pertenecen al:

- Equipo de Ablación
- Equipo de Trasplante

Número	Profesional
2	Médicos Nefrólogos
2	Médicos Cirujanos Generales y/o Urólogos y/o Cirujanos Vasculares
1	Médico Anestesiólogo
1	Médico Intensivista
1	Enfermera en Hospitalización

Nombre	Especialidad	Función	Dedicación (%)

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

	SI	NO
SERVICIOS FINALES :		
1. Consulta externa		
2. Urgencias		
3. Hospitalización		
4. Seguimiento de Pacientes		
5. Medicina Preventiva		
6. Saneamiento Ambiental		
SERVICIOS INTERMEDIOS:		
7. Bloque quirúrgico		
8. Esterilización		
9. Anestesia		
10. Farmacia		
11. Enfermería		
12. Recuperación		

 Ministerio de Salud Pública Instituto Nacional de Donación y Trasplante de Órganos, Tejidos y Células INDOT	REQUERIMIENTOS PARA ACREDITACIÓN EN EL PROGRAMA DE TRASPLANTE RENAL		FECHA: 03-03-2016	
			CÓDIGO: RG-INDOT-328	
	Versión: 01			
PUBLICADO <input checked="" type="checkbox"/> EN ANALISIS <input type="checkbox"/> BORRADOR <input type="checkbox"/> OBSOLETO <input type="checkbox"/>		PÁGINA: 3 de 4		

13. Imagenología		
14. Laboratorio		
15. Banco de sangre		
16. Anatomía Patológica		
17. Cuidados Intensivos		
18. Docencia no universitaria (intrahospitalaria)		
19. Docencia universitaria.		
SERVICIOS ADMINISTRATIVOS:		
20. Dirección		
21. Administración		
22. Personal		
23. Suministros		
24. Financiera		
25. Estadística e Información		
26. Servicios Generales		
27. Mantenimiento		

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 clínicos c. Equipos e instrumental quirúrgico		
2. Listado de medicamentos e insumos de acuerdo a los protocolos del programa de trasplante.		
3. Registro de mantenimiento de los equipos acorde al programa de trasplante solicitado (plan de mantenimiento anual)		

2.6 DOCUMENTOS INSTITUCIONALES

	SI	NO	NA
1. Formularios del INDOT: - Solicitud de acreditación - Formulario INDOT-RCGC-001. - Requerimientos para acreditación en el programa de trasplante renal - Formulario INDOT – RCGC -002. RIÑ			
2. Permiso de funcionamiento del hospital actualizado.			
3. 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.			
4. Copia del Registro Unico de Contribuyentes;			
5. Copia del nombramiento del Representante legal o máxima autoridad del requirente.			
6. Esquema organizacional del equipo de trasplante según el manual de acreditación del INDOT.			
7. Documento que certifique que su Unidad Médica tiene un Sistema de Gestión de Calidad.			
8. Información estadística de la actividad trasplantológica realizada por la unidad con sus análisis respectivo por			

 Ministerio de Salud Pública Instituto Nacional de Donación y Trasplante de Órganos, Tejidos y Células INDOT	REQUERIMIENTOS PARA ACREDITACIÓN EN EL PROGRAMA DE TRASPLANTE RENAL		FECHA: 03-03-2016
			CÓDIGO: RG-INDOT-328
	Versión: 01		PÁGINA: 4 de 4
PUBLICADO	EN ANALISIS	BORRADOR	
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ejemplo principales avances y problemas. (EN CASO DE REACREDITACION)			
9. Perfil epidemiológico de la Unidad Médica.			
10. Carta motivada para la creación de Programa de Trasplante elaborado por el Comité de Bioética.			
Se verificará la existencia de Manuales de Procedimientos en cada servicio a Inspeccionar.			

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

Nombre, firma y sello del Director Médico de la Unidad de Salud
Nombre, firma y sello del Gerente General de la Unidad de Salud