

 Instituto Nacional de Donación y Trasplante de Órganos, Tejidos y Células INDOT	REQUERIMIENTOS PARA ACREDITACIÓN EN EL PROGRAMA DE TRASPLANTE PULMONAR	FECHA: 06-10-2017
	Versión: 01	CÓDIGO: RG-INDOT-417
	PUBLICADO <input checked="" type="checkbox"/> EN ANALISIS <input type="checkbox"/> BORRADOR <input type="checkbox"/> OBSOLETO <input type="checkbox"/>	PÁGINA: 1 de 4

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

 <p>Instituto Nacional de Donación y Trasplante de Órganos, Tejidos y Células INDOT</p>	REQUERIMIENTOS PARA ACREDITACIÓN EN EL PROGRAMA DE TRASPLANTE PULMONAR	FECHA: 06-10-2017							
	Versión: 01	CÓDIGO: RG-INDOT-417							
	<table border="0"> <tr> <td>PUBLICADO</td> <td>EN ANALISIS</td> <td>BORRADOR</td> <td>OBSOLETO</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input checked="" type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	PUBLICADO	EN ANALISIS	BORRADOR	OBSOLETO	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PUBLICADO	EN ANALISIS	BORRADOR	OBSOLETO						
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						

Número	Profesional
2	<p>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.</p> <p>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.</p>
2	<p>Médicos especialistas en neumología que hayan <u>participado</u> en diez (10) ó más trasplantes pulmonares como médico tratante; habiendo realizado su perfeccionamiento en un centro con programa de trasplante de pulmón.</p> <p>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.</p>
1	<p>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.</p>
1	<p>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.</p>
1	Médico especialista en infectología
1	Médico especialista en diagnóstico por imagen
1	<p>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.</p> <p>La certificación de la actividad deberá estar avalizada por el Hospital en donde realizó la formación. asistencia</p>
1	Médico especialista en anatomía patológica
2	<p>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</p>
2	<p>Enfermera/os instrumentista que haya participado activamente en al menos (10) diez cirugías pulmonares de alta complejidad.</p>
2	<p>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.</p>
2	<p>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.</p>

 Instituto Nacional de Donación y Trasplante de Órganos, Tejidos y Células INDOT	REQUERIMIENTOS PARA ACREDITACIÓN EN EL PROGRAMA DE TRASPLANTE PULMONAR	FECHA: 06-10-2017
	Versión: 01	CÓDIGO: RG-INDOT-417
	PUBLICADO <input checked="" type="checkbox"/> EN ANALISIS <input type="checkbox"/> BORRADOR <input type="checkbox"/> OBSOLETO <input type="checkbox"/>	PÁGINA: 3 de 4

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: <ul style="list-style-type: none"> a. Materiales b. Insumos clínicos c. Equipos e instrumental quirúrgico 		

 Instituto Nacional de Donación y Trasplante de Órganos, Tejidos y Células INDOT	REQUERIMIENTOS PARA ACREDITACIÓN EN EL PROGRAMA DE TRASPLANTE PULMONAR	FECHA: 06-10-2017
	Versión: 01	CÓDIGO: RG-INDOT-417
	PUBLICADO <input checked="" type="checkbox"/> EN ANALISIS <input type="checkbox"/> BORRADOR <input type="checkbox"/> OBSOLETO <input type="checkbox"/>	PÁGINA: 4 de 4

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 solicitado (plan de mantenimiento anual preventivo y correctivo)		

2.6 DOCUMENTOS INSTITUCIONALES

	SI	NO	NA
1. Formulario 001. "Solicitud de acreditación"			
2. Formulario 002.CARD "Requerimientos para acreditación en el programa de trasplante pulmonar"			
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 la norma de acreditación del INDOT.			
8. Documento que certifique que el establecimiento de salud tiene 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.			
13. 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 dedel

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