


| | | |
|--|--|-----------------------------|
|  Ministerio de Salud Pública Instituto Nacional de Donación y Trasplante de Órganos, Tejidos y Células INDOT | REQUERIMIENTOS PARA ACREDITACIÓN EN EL PROGRAMA DE TRASPLANTE OSTEO MUSCULAR LIGAMENTOSO | FECHA: 11-07-2016 |
| | Versión: 02 | CÓDIGO: RG-INDOT-342 |
| | PUBLICADO EN ANALISIS BORRADOR OBSOLETO | PÁGINA: 1 de 4 |
| | <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | |

FORMULARIO 002.OML

EXPEDIENTE N°:
(USO DEL INDOT)

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD

| |
|---|
| 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 EL ESTABLECIMIENTO DE SALUD O EN LOS PROCEDIMIENTOS PARA REALIZAR EL TRASPLANTE.**

2.2. COORDINADOR/A DE TRASPLANTES (Quien se encargará del registro de cada tejido utilizado)

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

2.1. LIDER DEL EQUIPO DE TRASPLANTES

| |
|------------------------------------|
| 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 OSTEO MUSCULAR LIGAMENTOSO | FECHA: 11-07-2016 |
| | Versión: 02 | CÓDIGO: RG-INDOT-342 |
| | PUBLICADO <input checked="" type="checkbox"/> EN ANALISIS <input type="checkbox"/> BORRADOR <input type="checkbox"/> OBSOLETO <input type="checkbox"/> | PÁGINA: 2 de 4 |

2.3. PERSONAL DE SALUD DEL EQUIPO DE TRASPLANTES (Formulario 003.OML por cada profesional)


El equipo de trasplante osteo muscular ligamentoso deberá al menos estar integrado por:

| Número | Profesional |
|--------|--|
| 1 | Médico Coordinador de Trasplantes (registro del tejido utilizado) |
| - | Médicos especialistas en Traumatología y Ortopedia. |

| Nombre | Especialidad | Función | Dedicación (%) |
|--------|--------------|---------|----------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

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

| | SI | NO |
|-----------------------------------|----|----|
| SERVICIOS FINALES : | | |
| 1. Consulta externa | | |
| 2. Hospitalización | | |
| 3. Seguimiento de Pacientes | | |
| 4. Medicina Preventiva | | |
| 5. Atención al medio ambiente | | |
| SERVICIOS INTERMEDIOS: | | |
| 6. Bloque quirúrgico | | |
| 7. Almacenamiento Temporal | | |
| 8. Esterilización | | |
| 9. Anestesia | | |
| 10. Farmacia | | |
| 11. Enfermería | | |
| 12. Recuperación | | |
| 13. Imagenología | | |
| 14. Laboratorio | | |
| 15. Anatomía Patológica | | |
| 16. Docencia no universitaria | | |
| SERVICIOS ADMINISTRATIVOS: | | |
| 17. Dirección | | |
| 18. Administración | | |

| | | |
|--|--|-----------------------------|
|  Ministerio de Salud Pública Instituto Nacional de Donación y Trasplante de Órganos, Tejidos y Células INDOT | REQUERIMIENTOS PARA ACREDITACIÓN EN EL PROGRAMA DE TRASPLANTE OSTEO MUSCULAR LIGAMENTOSO | FECHA: 11-07-2016 |
| | Versión: 02 | CÓDIGO: RG-INDOT-342 |
| | PUBLICADO <input checked="" type="checkbox"/> EN ANALISIS <input type="checkbox"/> BORRADOR <input type="checkbox"/> OBSOLETO <input type="checkbox"/> | PÁGINA: 3 de 4 |

| | | |
|-------------------------------|--|--|
| 19. Estadística e Información | | |
| 20. Servicios Generales | | |
| 21. Mantenimiento | | |
| 22. Derechos 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: <ul style="list-style-type: none"> a. Materiales b. Insumos clínicos c. Equipos e instrumental quirúrgico | | |
| 2. Registro de mantenimiento de los equipos utilizados para trasplante de tejido Osteo muscular ligamentoso (plan de mantenimiento anual). | | |

2.6 DOCUMENTOS INSTITUCIONALES

| | SI | NO | NA |
|---|----|----|----|
| 1. Formularios del INDOT: <ul style="list-style-type: none"> - Solicitud de acreditación - Formulario 001.OML - Requerimientos para acreditación en el programa de trasplante renal - Formulario 002. OML | | | |
| 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 Único 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 Establecimiento de Salud tiene un Sistema de Gestión de Calidad. | | | |
| 8. Información estadística de la actividad trasplantológica realizada por el establecimiento con sus análisis respectivo por ejemplo principales avances y problemas. (SOLO EN CASO DE REACREDITACION) | | | |
| 9. Perfil epidemiológico del Establecimiento de Salud. | | | |
| 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

| | | | | | |
|--|---|--------------------------|--------------------------|-----------------|-----------------------------|
|  <p>Ministerio de Salud Pública Instituto Nacional de Donación y Trasplante de Órganos, Tejidos y Células INDOT</p> | REQUERIMIENTOS PARA ACREDITACIÓN EN EL PROGRAMA DE TRASPLANTE OSTEO MUSCULAR LIGAMENTOSO | | | | FECHA: 11-07-2016 |
| | | | | | CÓDIGO: RG-INDOT-342 |
| | Versión: 02 | | | | PÁGINA: 4 de 4 |
| | PUBLICADO | EN ANALISIS | BORRADOR | OBSOLETO | |
| <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |

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