

 Ministerio de Salud Pública Instituto Nacional de Donación y Trasplante de Órganos, Tejidos y Células INDOT	REQUERIMIENTOS PARA ACREDITACIÓN EN EL PROGRAMA DE TRASPLANTE DE PROGENITORES HEMATOPOYÉTICOS	FECHA: 17-05-2016
	Versión: 01	CÓDIGO: RG-INDOT-347
	PUBLICADO <input checked="" type="checkbox"/> EN ANALISIS <input type="checkbox"/> BORRADOR <input type="checkbox"/> OBSOLETO <input type="checkbox"/>	PÁGINA: 1 de 4

FORMULARIO 002.PH

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 LA UNIDAD MEDICA O EN LOS PROCEDIMIENTOS PARA REALIZAR EL TRASPLANTE.**

2.1. LIDER DEL EQUIPO DE SALUD

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

2.2. COORDINADOR/A INTRAHOSPITALARIO/A 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 DE PROGENITORES HEMATOPOYÉTICOS	FECHA: 17-05-2016
	Versión: 01	CÓDIGO: RG-INDOT-347
	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 DEL EQUIPO DE SALUD
(Formulario 003 por cada profesional)**

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

Número	Profesional
1	Médicos Hematólogos con dos años de experiencia en trasplante
1	Médico Hematólogo con un año de experiencia en hemoterapia, banco de sangre o similares
1	Médico Pediatra con experiencia en trasplante de progenitores hematopoyéticos
1	Médico Internista
1	Médico Infectólogo
1	Enfermera con experiencia en trasplante de progenitores hematopoyéticos
1	Enfermera con experiencia en UCI.
1	Enfermera con experiencia en pediatría.

Nombre	Especialidad	Función	Dedicación (%)

**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. Medicina Preventiva		
6. Saneamiento Ambiental		
SERVICIOS INTERMEDIOS:		
7. Bloque quirúrgico		
8. Esterilización		

 Ministerio de Salud Pública Instituto Nacional de Donación y Trasplante de Órganos, Tejidos y Células INDOT	REQUERIMIENTOS PARA ACREDITACIÓN EN EL PROGRAMA DE TRASPLANTE DE PROGENITORES HEMATOPOYÉTICOS	FECHA: 17-05-2016
	Versión: 01	CÓDIGO: RG-INDOT-347
	PUBLICADO <input checked="" type="checkbox"/> EN ANALISIS <input type="checkbox"/> BORRADOR <input type="checkbox"/> OBSOLETO <input type="checkbox"/>	PÁGINA: 3 de 4

9. Anestesia		
10. Farmacia		
11. Enfermería		
12. Recuperación		
13. Imagenología		
14. Laboratorio		
15. Laboratorio de procesamiento y criopreservación de CPH		
16. Banco de sangre		
17. Anatomía Patológica		
18. Cuidados Intensivos		
19. Docencia no universitaria (intrahospitalaria)		
20. Docencia universitaria.		
SERVICIOS ADMINISTRATIVOS:		
21. Dirección		
22. Administración		
23. Personal		
24. Suministros		
25. Financiera		
26. Estadística e Información		
27. Servicios Generales		
28. 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 001.PH - Requerimientos para acreditación en el programa de trasplante de Progenitores Hematopoyéticos - Formulario 002. HP			
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			

 Ministerio de Salud Pública Instituto Nacional de Donación y Trasplante de Órganos, Tejidos y Células INDOT	REQUERIMIENTOS PARA ACREDITACIÓN EN EL PROGRAMA DE TRASPLANTE DE PROGENITORES HEMATOPOYÉTICOS				FECHA: 17-05-2016
					CÓDIGO: RG-INDOT-347
	Versión: 01				PÁGINA: 4 de 4
PUBLICADO <input checked="" type="checkbox"/>	EN ANALISIS <input type="checkbox"/>	BORRADOR <input type="checkbox"/>	OBSOLETO <input type="checkbox"/>		

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 la unidad con sus análisis respectivo por ejemplo principales avances y problemas. (SOLO EN CASO DE REACREDITACIÓN)			
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

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