 Ministerio de Salud Pública Instituto Nacional de Donación y Trasplante de Órganos, Tejidos y Células INDOT	REQUERIMIENTOS PARA ACREDITACIÓN DE BANCO DE TEJIDOS	FECHA: 09-06-2016
	Versión: 01	CÓDIGO: RG-INDOT-361
	PUBLICADO <input checked="" type="checkbox"/> EN ANALISIS <input type="checkbox"/> BORRADOR <input type="checkbox"/> OBSOLETO <input type="checkbox"/>	PÁGINA: 1 de 3

FORMULARIO 002.BT

EXPEDIENTE N°:
(USO DEL INDOT)

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL BANCO DE TEJIDOS

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 O IMPLANTE.**


2.1. DIRECTOR TÉCNICO DEL BANCO DE TEJIDOS

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

2.2. PERSONAL DE SALUD DEL BANCO DE TEJIDOS (Formulario 003 por cada profesional)

El equipo del banco de tejidos deberá estar integrado como mínimo por los siguientes profesionales:

Número	Profesional
1	Director Técnico Con título en Medicina o las Ciencias Biomédicas, con formación y experiencia de al menos 3 años en alguna de las siguientes áreas: Hematología, Medicina transfusional, Banco de tejidos o Criobiología.
1	Responsable Técnico Con título de Laboratorista Clínico, Bioquímico o Patólogo Clínico, con experiencia en los procedimientos técnicos de recolección, procesamiento, y almacenamiento de tejidos, control de calidad.
XX	Personal Técnico Con título de Tecnólogos Médicos, de Laboratorio y/o Químicos.

 Ministerio de Salud Pública Instituto Nacional de Donación y Trasplante de Órganos, Tejidos y Células INDOT	REQUERIMIENTOS PARA ACREDITACIÓN DE BANCO DE TEJIDOS	FECHA: 09-06-2016
	Versión: 01	CÓDIGO: RG-INDOT-361
	PUBLICADO <input checked="" type="checkbox"/> EN ANALISIS <input type="checkbox"/> BORRADOR <input type="checkbox"/> OBSOLETO <input type="checkbox"/>	PÁGINA: 2 de 3


Nombre	Título	Función	Dedicación (%)

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

	SI	NO
SERVICIOS FINALES :		
1. Área de usuarios		
2. Seguimiento de Pacientes		
3. Medicina Preventiva		
4. Atención al ambiente		
SERVICIOS INTERMEDIOS:		
5. Centrifugación de muestras		
6. Esterilización		
7. Área blanca de procesamiento		
8. Farmacia		
9. Área de almacenamiento temporal		
10. Área de almacenamiento definitivo		
11. Laboratorio		
12. Docencia no universitaria		
SERVICIOS ADMINISTRATIVOS:		
13. Dirección		
14. Administración		
15. Talento Humano		
16. Suministros		
17. Financiero		
18. Estadística e información		
19. Servicios generales		
20. Mantenimiento		
21. 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. Medicamentos 		

 Ministerio de Salud Pública Instituto Nacional de Donación y Trasplante de Órganos, Tejidos y Células INDOT	REQUERIMIENTOS PARA ACREDITACIÓN DE BANCO DE TEJIDOS	FECHA: 09-06-2016
	Versión: 01	CÓDIGO: RG-INDOT-361
	PUBLICADO <input checked="" type="checkbox"/> EN ANALISIS <input type="checkbox"/> BORRADOR <input type="checkbox"/> OBSOLETO <input type="checkbox"/>	PÁGINA: 3 de 3

d. Equipos e instrumental quirúrgico		
2. Registro de mantenimiento de los equipos - plan de mantenimiento anual		

2.6 DOCUMENTOS INSTITUCIONALES

	SI	NO	NA
1. Formularios del INDOT: - Solicitud de acreditación - Formulario 001 - Requerimientos para acreditación de Banco de Tejidos - Formulario 002.BT			
2. Permiso de funcionamiento 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 del Banco de Tejidos			
7. Documento que certifique que su Unidad Médica ha implementado un Sistema de Gestión de Calidad.			
8. Información estadística de la actividad trasplantológica realizada con sus análisis respectivo (EN CASO DE REACREDITACION)			
Se verificara la existencia de Manuales de Procedimientos en cada servicio a Inspeccionar.			

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

Nombre, firma y sello del Gerente del Establecimiento de Salud
Nombre, firma y sello del Director Técnico del Banco de Tejidos