

 Instituto Nacional de Donación y Trasplante de Órganos, Tejidos y Células INDOT	REQUERIMIENTOS PARA ACREDITACIÓN Y RE ACREDITACIÓN EN EL PROGRAMA DE TRASPLANTE RENAL				FECHA: 15-01-2019
	Versión: 05				CÓDIGO: RG-INDOT-328
	PUBLICADO	EN ANALISIS	BORRADOR	OBSOLETO	PÁGINA: 1 de 5
	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

REQUERIMIENTOS PARA ACREDITACIÓN Y RE ACREDITACIÓN EN EL PROGRAMA DE TRASPLANTE RENAL ADULTO Y PEDIÁTRICO CON DONANTE VIVO Y CADAVERÍCO

FORMULARIO 002.RIÑ

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD		
Nombre/Razón Social:		
Ciudad:	Provincia:	Cantón:
Dirección: Calle principal:		Número:
Calle secundaria:		
Código Postal:		
Teléfonos:		
Correo electrónico:		
Nombre de la Máxima Autoridad:		
N° Permiso de funcionamiento:		
Categoría: Red Pública Integral de Salud <input type="checkbox"/> Red Privada Complementaria <input type="checkbox"/>		
Acreditación <input type="checkbox"/> Re acreditación <input type="checkbox"/>		

2. DOCUMENTACIÓN REQUERIDA
IMPORTANTE: En el caso de re acreditación, es necesario enviar únicamente la documentación que haya perdido vigencia así como DE LOS CAMBIOS O VARIACIONES QUE HUBIERAN EN EL ESTABLECIMIENTO DE SALUD O EN LOS PROCEDIMIENTOS PARA REALIZAR EL TRASPLANTE.

	SI	NO
Formulario 001. "Solicitud de acreditación"		
Formulario 002.RIÑ "Requerimientos para acreditación en el programa de trasplante renal adulto y pediátrico con donante vivo y cadavérico"		
Análisis estadístico de la actividad trasplatólogica realizada durante los años precedentes de acreditación, que incluyan análisis de la sobrevida, incidencia de rechazo, complicaciones pos trasplante (en caso de RE ACREDITACIÓN)		

EN EL CASO DE REACREDITACION				
Nº Trasplantes en los 2 últimos años	% Sobrevida del injerto	% Sobrevida del paciente	% Complicaciones	Nº de profesionales que culminan su entrenamiento y se acreditan como cirujanos de apoyo

2.1. LISTA DE CHEQUEO DE LOS REQUISITOS DOCUMENTALES INSTITUCIONALES NECESARIOS

SE ANEXA:	SI	NO
1. Carta motivada para la creación del Programa de donación y trasplante renal adulto y/o pediátrico suscrita por la máxima autoridad del establecimiento de salud.		
2. Copia simple del permiso de funcionamiento vigente del establecimiento de salud.		
3. Copia del Registro Único de Contribuyentes.		
4. Copia del nombramiento del representante legal o máxima autoridad del establecimiento de salud.		

 <p>Instituto Nacional de Donación y Trasplante de Órganos, Tejidos y Células INDOT</p>	REQUERIMIENTOS PARA ACREDITACIÓN Y RE ACREDITACIÓN EN EL PROGRAMA DE TRASPLANTE RENAL				FECHA: 15-01-2019
	Versión: 05				CÓDIGO: RG-INDOT-328
	PUBLICADO	EN ANALISIS	BORRADOR	OBSOLETO	PÁGINA: 2 de 5
	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

5.	Certificación de contar Sistema de Gestión de Calidad emitida por una empresa, institución o establecimiento externo al establecimiento de salud solicitante.		
6.	Esquema organizacional del equipo o los equipos de donación y trasplante que formarán parte del programa según las fases en que soliciten su acreditación, que incluya el detalle de los nombres de los responsables en cada perfil; de conformidad al siguiente detalle: <ul style="list-style-type: none"> a. Equipo de procuración: integrado por; Coordinador intrahospitalario de donación y trasplante y un equipo de profesionales procuradores (mínimo 3 personas) b. Equipo de ablación c. Equipo de donación y trasplantes 		
7.	Documento que garantice que el establecimiento de salud cuenta con: <ul style="list-style-type: none"> a. Un servicio de terapia intensiva con un equipo de profesionales especialistas en medicina crítica con capacidad resolutive y experiencia en: detección, mantenimiento de donantes, seguimiento pos trasplante renal inmediato, y atención en pacientes críticos con complicaciones postrasplante. b. Un servicio de Infectología con un profesional en este campo con experiencia en control y seguimiento de pacientes inmunosuprimidos c. Un servicio de patología que cuente con al menos un profesional que certifique experiencia en el reporte de patologías renales. d. Un servicio de anestesiología con un equipo de profesionales con experiencia en cirugías en adultos; y en pediátricos, en caso de acreditación pediátrica. e. Un servicio de Imagenología que cuente con profesionales expertos en radiología, ecografía, eco-doppler y tomografía. f. Un servicio de psiquiatría y psicología con un equipo de profesionales con experiencia en evaluación de pacientes de alta complejidad. g. Un servicio de enfermería con sus profesionales, con experiencia en atención directa a pacientes con patologías renales. 		
8.	Perfil epidemiológico de morbi-mortalidad del establecimiento de salud.		
9.	Proyección anual de trasplantes a realizarse por cada año de acreditación.		
10.	Planificación anual de vacaciones de los miembros del equipo de donación y trasplante, que garanticen el funcionamiento permanente del programa. Para el primer año de acreditación; para los años subsiguientes deberán enviar la información mediante comunicación formal al INDOT.		
11.	Planificación anual de capacitaciones para los miembros del equipo, que garanticen, por un lado el funcionamiento permanente del programa y por otro, la formación de nuevos profesionales en trasplante renal, para los dos años de acreditación.		
12.	Programa de entrenamiento a dos cirujanos en trasplante renal para los dos años de acreditación. Que incluya; compromiso de los cirujanos en entrenamiento de mantenerse en el programa; y los resultados a obtener luego de los dos años de entrenamiento.		
13.	Listado de los equipos e instrumental quirúrgico a ser usados para la actividad trasplantológica.		
14.	Listado de insumos y materiales a ser utilizados para la actividad trasplantológica que incluya la disponibilidad y el cálculo de necesidades anuales.		
15.	Listado de medicamentos a ser utilizados en la actividad trasplantológica, según protocolos, que incluya la disponibilidad; el cálculo de necesidades anuales y la planificación de compras.		
16.	Planificación anual de mantenimiento preventivo, correctivo y calibración de los equipos a ser usados en la actividad trasplantológica.		

 <p>Instituto Nacional de Donación y Trasplante de Órganos, Tejidos y Células INDOT</p>	REQUERIMIENTOS PARA ACREDITACIÓN Y RE ACREDITACIÓN EN EL PROGRAMA DE TRASPLANTE RENAL				FECHA: 15-01-2019
	Versión: 05				CÓDIGO: RG-INDOT-328
	PUBLICADO	EN ANALISIS	BORRADOR	OBSOLETO	PÁGINA: 3 de 5
	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

17. Condiciones para la movilización y logística del equipo quirúrgico de ablación, en el caso de aceptar la oferta renal de una ciudad fuera de la que se encuentra el establecimiento de salud.		
18. Listado de los exámenes serológicos para evaluación del donante que ofrece el laboratorio institucional, en base de la normativa vigente. En caso de no contar con la realización de este tipo de exámenes indicar que mecanismo se ha implementado para su realización.		
19. Protocolos o procedimientos, que incluya los siguientes temas, los establecimientos de salud deberán presentar los protocolos según la fase en que se solicitan la acreditación:		
✓ Etapa de donación:		
1. Procuración:		
a. Identificación, evaluación y mantenimiento del donante cadavérico		
2. Ablación:		
a. Cirugía de ablación renal		
b. Restauración del cadáver		
✓ Etapa de trasplante		
1. Selección y evaluación pre trasplante:		
a. Procedimiento de recepción del paciente que viene transferido o derivado de otro establecimiento de salud y que tiene una patología susceptible de trasplante.		
b. Selección y evaluación del receptor para inclusión en la lista de espera única nacional		
c. Evaluación y seguimiento del donante vivo		
1. Procedimiento de trasplante		
a. Admisión y evaluación pre operatoria		
b. Anestesia para trasplante renal		
c. Cirugía de implante renal		
3. Fase de seguimiento pos trasplante		
a. Manejo post operatorio en Cuidados Intensivos		
b. Manejo de complicaciones pos trasplante		
c. Inmunosupresión		
d. Manejo post operatorio Cuidados intermedios		
e. Control, manejo y seguimiento pos trasplante en consulta externa		
f. Protocolo de seguimiento químico farmacéutico a pacientes trasplantados pediátricos		

2.2. INFORMACIÓN DEL LIDER DEL EQUIPO DE TRASPLANTE

Nombre y Apellidos:

N° de Registro SENESCYT:

Especialidad:

Domicilio: Ciudad:

Cantón:

Calle principal:

Número:

Calle secundaria:

Código Postal:

Teléfonos:

Correo electrónico:

2.3. INFORMACIÓN DE COORDINADOR/A INTRAHOSPITALARIO/A DE TRASPLANTE

En caso de que el coordinador ya esté acreditado en otro programa incluir solamente en la información de contacto, no se requiere nuevamente documentación de respaldo.

 Instituto Nacional de Donación y Trasplante de Órganos, Tejidos y Células INDOT	REQUERIMIENTOS PARA ACREDITACIÓN Y RE ACREDITACIÓN EN EL PROGRAMA DE TRASPLANTE RENAL	FECHA: 15-01-2019
	Versión: 05	CÓDIGO: RG-INDOT-328
	PUBLICADO <input checked="" type="checkbox"/> EN ANALISIS <input type="checkbox"/> BORRADOR <input type="checkbox"/> OBSOLETO <input type="checkbox"/>	PÁGINA: 5 de 5

--	--	--

Equipo de ablación		
NOMBRE Y APELLIDOS	ESPECIALIDAD REGISTRADA EN EL SENESCYT	FUNCIÓN EN EL EQUIPO DE TRASPLANTE

2.6. LISTA DE CHEQUEO DE LOS SERVICIOS DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD:

	SI	NO
SERVICIOS PARA LA EVALUACIÓN PRE TRASPLANTE Y SEGUIMIENTO POS TRASPLANTE		
1. Consulta externa		
2. Hospitalización		
3. Imagenología		
4. Anatomía patológica		
SERVICIOS PARA DONACIÓN Y PROCESO DE TRASPLANTE		
1. Emergencia		
2. Laboratorio		
3. Bloque quirúrgico y anestesiología		
4. Cuidados Intensivos o Área de cuidado en el pos trasplante inmediato		
5. Insumos y medicación		
OTROS SERVICIOS:		
1. Control epidemiológico		
2. Mantenimiento		
3. Derechos y cuidados del paciente		

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

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