 <p>Instituto Nacional de Donación y Trasplante de Órganos, Tejidos y Células INDOT</p>	REQUERIMIENTOS PARA ACREDITACIÓN EN EL PROGRAMA DE DONACIÓN Y TRASPLANTE DE CÓRNEA	FECHA: 15-11-2021							
	Versión: 05	CÓDIGO: RG-INDOT-327							
	<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"/>						

FORMULARIO 002.COR

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD

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: Reacreditación:

2. DOCUMENTACIÓN REQUERIDA

2.1. LIDER DEL EQUIPO DE TRASPLANTE

Nombre:
N° de Registro SENESCYT:
Especialidad:
Dirección:
Teléfonos:
Correo electrónico:

2.2. COORDINADOR INTRAHOSPITALARIO DE TRASPLANTE (SOLO SI SE ACREDITA PARA DONACIÓN)


Nombre:
N° de Registro SENESCYT:
Especialidad:
Dirección:
Teléfonos:
Correo electrónico:

2.3. LIDER DEL EQUIPO DE PROCURACIÓN (SOLO SI SE ACREDITA PARA DONACIÓN)

Nombre:
N° de Registro SENESCYT:
Especialidad:
Dirección:
Teléfonos:
Correo electrónico:

2.4. PERSONAL DE SALUD DEL EQUIPO DE TRASPLANTES (Formulario 003 y sus respaldos por cada profesional)

El equipo de donación y trasplante de córnea adulto y/o pediátrico deberá estar integrado como mínimo por los siguientes profesionales:	
Número	Equipo de Procuración (SOLO SI SE ACREDITA PARA DONACIÓN)
1	Coordinador Intrahospitalario
1	Médico Intensivista, Emergenciólogo o Anestesiólogo

 <p>Instituto Nacional de Donación y Trasplante de Órganos, Tejidos y Células INDOT</p>	REQUERIMIENTOS PARA ACREDITACIÓN EN EL PROGRAMA DE DONACIÓN Y TRASPLANTE DE CórNEA	FECHA: 15-11-2021							
	Versión: 05	CÓDIGO: RG-INDOT-327							
	<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"/>						

2.6 EQUIPOS, INSTRUMENTAL QUIRÚRGICO, INSUMOS, MATERIALES Y MEDICAMENTOS

RECURSOS MATERIALES	SI	NO
Listado de equipos e instrumental quirúrgico para la actividad trasplantológica		
Listado de insumos, materiales y medicamentos a ser utilizados para la actividad trasplantológica que incluya la disponibilidad y el cálculo de necesidades anuales y planificación de compras.		


2.7 DOCUMENTOS INSTITUCIONALES

	SI	NO	NA
1. Formulario 001 "Solicitud de acreditación o reacreditación". Código: RG – INDOT– 270			
2. Formulario 002.COR "Requerimientos para Acreditación y Reacreditación del Programa de Donación y Trasplante de Córnea Adulto y/o Pediátrico". Código: RG – INDOT – 327			
3. Permiso de funcionamiento vigente del establecimiento de salud.			
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 instructivo correspondiente.			
7. Certificación de contar con un Sistema de Gestión de Calidad emitido por una empresa, institución, establecimiento externo o por el área de gestión de calidad del establecimiento de salud solicitante o manual de calidad institucional			
8. Documento que garantice que el establecimiento de salud cuenta con los servicios de especialidades especificados en el instructivo correspondiente.			
9. Plan de contingencia para atenciones emergentes en pacientes pos trasplantados. (en caso de no contar con el servicio de emergencia 24 horas)			
10. Perfil epidemiológico de morbi-mortalidad del establecimiento de salud.			
11. Proyección anual de trasplantes a realizarse durante el periodo de acreditación.			
12. Planificación de vacaciones de los miembros del equipo de donación y trasplante			
13. Planificación anual de capacitaciones de los miembros del equipo de donación y trasplante			
14. Planificación anual de mantenimiento preventivo, correctivo y calibración de los equipos a ser usados en la actividad trasplantológica.			
15. Listado de los exámenes serológicos del donante que realiza el laboratorio del establecimiento de salud considerando lo que indica el instructivo de acreditación correspondiente			
16. Protocolos y Manuales de Procedimientos del programa de trasplante indicados en el instructivo de acreditación correspondiente.			

3. REACREDITACIÓN

IMPORTANTE: En el caso de reacreditación, 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
1. Formulario 001 "Solicitud de acreditación o reacreditación". Código: RG –		

 <p>Instituto Nacional de Donación y Trasplante de Órganos, Tejidos y Células INDOT</p>	REQUERIMIENTOS PARA ACREDITACIÓN EN EL PROGRAMA DE DONACIÓN Y TRASPLANTE DE CÓRNEA				FECHA: 15-11-2021
					CÓDIGO: RG-INDOT-327
	Versión: 05				PÁGINA: 4 de 4
	PUBLICADO	EN ANALISIS	BORRADOR	OBSOLETO	
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

INDOT- 270		
2. Formulario 002.COR "Requerimientos para Acreditación y Reacreditación del Programa de Donación y Trasplante de Córnea Adulto y/o Pediátrico". Código: RG – INDOT – 327		
3. Análisis estadístico de la actividad trasplantológica realizada durante los dos últimos años de acreditación, considerando lo que indica el instructivo de acreditación correspondiente.		

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