


<p>Instituto Nacional de Donación y Trasplante de Órganos, Tejidos y Células INDOT</p>  <p>República del Ecuador</p>	REQUERIMIENTOS PARA ACREDITACIÓN O REACREDITACIÓN DEL PROGRAMA DE TRASPLANTE HEPÁTICO ADULTO Y/O PEDIÁTRICO	FECHA: 16-03-2023							
	Versión: 07	CÓDIGO: RG-INDOT-326							
	<table border="1"> <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.HIG

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. COORDINADORES INTRAHOSPITALARIOS DE TRASPLANTE	
Nombre:	
N° de Registro SENESCYT:	
Especialidad:	
Dirección:	
Teléfonos:	
Correo electrónico:	
Nombre:	
N° de Registro SENESCYT:	
Especialidad:	
Dirección:	
Teléfonos:	
Correo electrónico:	
Nombre:	
N° de Registro SENESCYT:	
Especialidad:	
Dirección:	
Teléfonos:	
Correo electrónico:	

<p>Instituto Nacional de Donación y Trasplante de Órganos, Tejidos y Células INDOT</p>  <p>República del Ecuador</p>	REQUERIMIENTOS PARA ACREDITACIÓN O REACREDITACIÓN DEL PROGRAMA DE TRASPLANTE HEPÁTICO ADULTO Y/O PEDIÁTRICO	FECHA: 16-03-2023							
	Versión: 07	CÓDIGO: RG-INDOT-326							
	<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"/>						

2.5. SERVICIOS DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD:		
	SI	NO
SERVICIOS HOSPITALARIOS:		
Cuidados Intensivos		
Cirugía General / Gastroenterología/ Hepatología		
Infectología		
Anatomía Patológica		
Anestesiología		
Imagenología		
Psiquiatría o psicología		
Enfermería		
Laboratorio clínico		
Hospitalización		
Emergencia		
Bloque quirúrgico		
Farmacia		
SERVICIOS ADMINISTRATIVOS:		
Control epidemiológico		
Mantenimiento		
Derechos del paciente y cuidados del paciente		

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.HIG "Requerimientos para Acreditación y Reacreditación del Programa de Trasplante Hepático Adulto y/o Pediátrico". Código: RG – INDOT – 326			
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.			

<p>Instituto Nacional de Donación y Trasplante de Órganos, Tejidos y Células INDOT</p>  <p>República del Ecuador</p>	REQUERIMIENTOS PARA ACREDITACIÓN O REACREDITACIÓN DEL PROGRAMA DE TRASPLANTE HEPÁTICO ADULTO Y/O PEDIÁTRICO	FECHA: 16-03-2023							
	Versión: 07	CÓDIGO: RG-INDOT-326							
	<table border="1"> <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"/>						

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. Perfil epidemiológico de morbi-mortalidad del establecimiento de salud.			
10. Proyección anual de trasplantes a realizarse durante el periodo de acreditación.			
11. Planificación de vacaciones de los miembros del equipo de donación y trasplante			
12. Planificación anual de capacitaciones de los miembros del equipo de donación y trasplante			
13. Planificación anual de mantenimiento preventivo, correctivo y calibración de los equipos a ser usados en la actividad trasplantológica.			
14. Documento que certifique las condiciones para la movilización y logística del equipo quirúrgico de ablación, en el caso de aceptar la oferta hepática de una ciudad fuera de la que se encuentra el establecimiento de salud			
15. Listado de los exámenes serológicos del donante y de función hepática 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 hepático 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 – INDOT– 270		
2. Formulario 002.HIG "Requerimientos para Acreditación y Reacreditación del Programa de Trasplante Hepático Adulto y/o Pediátrico". Código: RG – INDOT – 326		
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