

**Formulario Guía de Inspección de Servicios de Vacunación
FOGIASV**

A- Código

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Para uso exclusivo de la DGHA

B- Nombre del Establecimiento (Escriba el nombre del Centro o Unidad)

--

C- Dirección (Calle y Número)

--

D- Barrio o Sector

--

E- Municipio

--

F- Provincia

--

G- Registro de la Oficina Nacional de la Propiedad Industrial (ONAPI)

--

H- Registro Nacional de Contribuyente (R.N.C.)

--

I- Teléfonos y Fax

--	--

J- Correo Electrónico (Obligatorio para informarle respecto a su Expediente)

--

K- Tipo de Servicios de Vacunación

K.1- Puesto Fijo de Vacunación () **K.2-** Centro de acopio de biológico e insumo de Vacunas ()

L- Localización

L.1- Externo () **L.2-** Interno ()

M- Sector del Sistema Nacional de Salud

M.1- Público () **M.2-** Privado ()

N- Marque el sector al que pertenece el Servicio de Vacunación si es Público

N.1- MSP () **N.2-** IDSS () **N.3-** FFAA () **N.4-** PN ()

O- Marque el sector al que pertenece el Servicio de Vacunación si es Privado

O.1- Privado Lucrativo () **O.2-** ONG () **O.3-** Otros () _____

P- Horario de Servicio

P.1- 4 hrs. () **P.2-** 6 hrs. () **P.3-** 8 hrs. () **P.4-** 12 hrs. ()

Q- Fecha de Instalación

--	--	--	--	--	--	--	--

Escriba la fecha de Apertura

R- PROPIETARIO DEL PUESTO FIJO DE LA VACUNA

R.1	Nombre(s)	
R.2	Apellido(s)	
R.3	Cédula de Identidad y Electoral	
R.4	Dirección (Calle y Número)	
R.5	Barrio o Sector	
R.6	Municipio	
R.7	Provincia	
R.8	Teléfono(s)	
R.9	Fax(es)	
R.10	Correo Electrónico	

S- RESPONSABLE DEL PUESTO FIJO DE VACUNA

S.1	Nombre(s)	
S.2	Apellido(s)	
S.3	Cédula de Identidad y Electoral	
S.4	Dirección (Calle y Número)	
S.5	Barrio o Sector	
S.6	Municipio	
S.7	Provincia	
S.8	Teléfono(s)	
S.9	Fax(es)	
S.10	Correo Electrónico	
S.11	Título Profesional	
S.12	Especialidad	
S.13	No. de Exequátur	
S.14	Fecha de Expedición	
S.15	Horario de Servicio *	4 () 6 () 8 () 12 () 24 ()

* Si el puesto de fijo de vacuna ofrece más de 8 horas se requiere 2 enfermeras como mínimo

T- PERSONAL DEL PUESTO FIJO DE VACUNA (Recursos Humanos)

REQUISITOS MÍNIMOS				Observaciones
T.1	Número de Médicos			
T.2	Número de Lic. En Enfermería			
T.3	Número de Auxiliar de Enfermería con formación técnica en aplicación de Vacunas			
T.4	Número de Personal Técnico con formación técnica en aplicación de Vacunas			
T.5	Número del Personal Administrativo			

1- INSTALACIONES FÍSICAS

REQUISITOS MÍNIMOS		SI	NO	NA	Observaciones
1.1	Ubicación del puesto fijo de Vacuna en un espacio exclusivo con 3 áreas/espacios				
1.2	Planta física con techo sin filtraciones, paredes y pisos en buen estado y de material lavable				
1.3	Facilidad de acceso y entrada con señalización				
1.4	Sala de espera exclusiva para pacientes de vacunas con capacidad mínima para 6-10 personas y acceso independiente				
1.5	Sala de Aplicación de Vacunas que garantice la privacidad del usuario (tanto visual como auditiva)				

1.6	Cuarto frío				
1.7	Servicio sanitario con lavamanos exclusivo en área de aplicación de la vacuna				
1.8	Sanitarios para el personal				
1.9	Almacenamiento de insumos de trabajo				
1.10	Disponibilidad de agua potable				
1.11	Temperatura adecuada entre 17 y 21 °C				
1.12	Iluminación Mínima de 500-600 luxes				
1.13	Sistema de distribución de energía eléctrica empotrado con tomacorrientes de 110 y 220 voltios, señalizados				
1.14	Buena Ventilación				
1.15	Locker para pertenencia del personal				
1.16	Rampa para discapacitado				

2-CONDICIONES PARA LA SEGURIDAD DEL PERSONAL Y LOS USUARIOS DEL SERVICIO

REQUISITOS MÍNIMOS		SI	NO	NA	Observaciones
2.1	Sistema de Salida de Emergencia				
2.2	Extintor de incendio/Fecha de expiración				
2.3	Uso de zafacones con fundas y tapas				
2.4	Recipiente para desecho de Punzocortantes (cajas de bioseguridad)				
2.5	Sistema de energía alterna (planta eléctrica)				

3-EQUIPOS MÍNIMOS REQUERIDOS EN EL PUESTO FIJO DE VACUNACIÓN

REQUISITOS MÍNIMOS		SI	NO	NA	Observaciones
3.1	Un escritorio con sillas para paciente y acompañante				
3.2	Equipo de comunicación (teléfonos, fax, etc.)				
3.3	Computadora o máquina de escribir				
3.4	Camilla				
3.5	Nevera de uso exclusivo para vacuna, ver especificaciones del PAI				
3.6	Termómetro para nevera				
3.7	Vitrina/locker para guardar insumos				
3.8	Cadena de frío				
3.9	Bandeja no perforada				
3.10	Archivo o anaquel para expedientes (tarjetas para usuarios y registros administrativo físico o digital)				
3.11	Freezer				
3.12	Cilindros de gas para nevera, mínimo 2				

Version 01

DGHA-F0-033

3.13	Termos con especificaciones del PAI, mínimo 2				
------	---	--	--	--	--

3.14	Cajas frías/paquetes fríos			
3.15	Insumos y materiales gastables de vacunación (guantes, gasas, alcohol al 40%, algodón, desinfectantes, toallas, jeringas, aguja acorde al tipo de vacuna)			
3.16	Termómetro digital			

4-NORMAS Y DOCUMENTACIONES MÍNIMAS EN LOS PUESTOS FIJOS DE VACUNACIÓN

REQUISITOS MÍNIMOS		SI	NO	NA	Observaciones
4.1	Normas Nacionales de Atención del MSP (Norma del PAI)				
4.2	Manual de Procedimientos Administrativos				
4.3	Libro de Registro para Usuarios niños, adultos y embarazadas				
4.4	Formulario de Notificación Obligatoria de Enfermedades Infectocontagiosas				
4.5	Normas de Procedimientos de Bioseguridad general y Vacuna				
4.6	Plan de emergencia de cadena de frio en un lugar visible				
4.7	Libro del PAI				
4.8	Libro de Registro diario de Vacunación y Suministro de Micronutrientes para niños y niñas (registro u hojas de palotes de niños)				
4.9	Tarjeta de vacunación del personal				
4.10	Libro de Registro diario de Vacunación y Suministro de Micronutrientes para adultos (hoja de palotes de adultos)				
4.11	Formulario de eventos adversos/reacciones post vacunal (ESAVI)				
4.12	Formulario de registro diario de vacuna de niños y adultos				
4.13	Consolidado mensual de vacunas aplicadas y suministro de micronutrientes del puesto de vacunación				
4.14	Formulario de informe de vacunas aplicadas				
4.15	Registro conservación de la Cadena de frio				
4.16	Protocolo de limpieza general y de la nevera				
4.17	Registro manual de temperatura				

Version 01

DGHA-F0-033

5-GESTIÓN

REQUISITOS MÍNIMOS	SI	NO	NA	Observaciones
--------------------	----	----	----	---------------

5.1	Planes de Desarrollo y Mejoramiento en el Servicio				
5.2	Constancia de Control de Roedores e Insectos				
5.3	Buzón de Quejas y Sugerencias				
5.4	Cartera de Servicios Visible				
5.5	Derechos y Deberes de los Usuarios Visibles				
5.6	Personal debidamente uniformado e Identificado				

Version 01

DGHA-F0-033

Con mi nombre y firma declaro que toda la información que se ha suministrado es verídica

Nombre del Director Médico

Firma del Director Médico

Nombre del Inspector/a y/o Supervisor

Firma del Inspector/a y/o Supervisor

Fecha: _____

Hora de Inspección: _____

Para uso exclusivo de la DGHA