

Formulario Guía de Inspección de Toma de Muestra Laboratorios Clínicos FOGIMLC

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- Centro de Primer Nivel

K.1- Laboratorio Clínico () **K.2-** Patológico () **K.3-** Forense ()

L- Localización

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

M- Sector del Sistema Nacional de Salud

M.1- Público () **M.2-** Privado ()

N- Sector al que pertenece si es Público

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

O- Sector al que pertenece si es Privado

O.1- Privado Lucrativo () **O.2-** Cruz Roja () **O.3-** ONG () **O.4-** Otros ()

P- Horario de Servicio

P.1- 4hrs. () **P.2-** 8 hrs. () **P.3-** 12 hrs. () **P.4-** 24 hrs. ()

Q- Fecha de Instalación

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

Escriba la fecha de Apertura

R- PROPIETARIO DEL ESTABLECIMIENTO

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- DIRECTOR MÉDICO DEL ESTABLECIMIENTO

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 ()

T- PERSONAL TÉCNICO Y ADMINISTRATIVO DEL ESTABLECIMIENTO

REQUISITOS MÍNIMOS		SI	NO	N/A	Observaciones
T.1	Secretaria Recepcionista				
T.2	Bioanalista por cada 25 pacientes por día (Ver registro diario)				
T.3	Conserje				

1- ESTÁNDARES REQUERIDOS EN LAS INSTALACIONES FÍSICAS E INFRAESTRUCTURA

REQUISITOS MÍNIMOS		SI	NO	N/A	Observaciones
1.1	Sala de recepción o espera para 4-6 personas mínimo y sillas confortables				
1.2	Área para labores administrativas				
1.3	Áreas para procesar muestras				
1.4	Área de lavado de cristalería				
1.5	Área para toma de muestras que garantice la privacidad del paciente				
1.6	Área para preparación de materiales				
1.7	Servicios sanitarios para el personal				
1.8	Servicios sanitarios para usuarios				
1.9	Área de almacenamiento de insumos de trabajo				
1.10	Área de descanso del personal de servicio				
1.11	Rampa para discapacitados				

2- CONDICIONES DEL AMBIENTE DE TRABAJO

REQUISITOS MÍNIMOS		SI	NO	N/A	Observaciones
2.1	Fuente de energía permanente y alterna o de emergencia que garantice el funcionamiento de todos los equipos				
2.2	Lavadero y Fregadero en buenas condiciones				
2.3	Sistema de desagüe adecuado				
2.4	Buen estado de las conexiones eléctricas				
2.5	Disponibilidad de agua permanente				

3- EQUIPOS MÍNIMOS REQUERIDOS DEL ÁREA DE RECEPCIÓN

REQUISITOS MÍNIMOS		SI	NO	N/A	Observaciones
3.1	Escritorio				
3.2	Silla secretarial				
3.3	Computadora				
3.4	Medios de comunicación				
3.5	Archivos				

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

REQUISITOS MÍNIMOS		SI	NO	N/A	Observaciones
4.1	Señalización de las áreas				
4.2	Sistema de salida para emergencia				
4.3	Extintor de incendio / Fecha de expiración				
4.4	Batas				
4.5	Zapatos cerrados				
4.6	Botiquín de primeros auxilios				
4.7	Eliminación adecuada de desechos (especificar método)				
4.8	Uso de guantes desechables				
4.9	Uso de zafacones con funda y tapa				
4.10	Uso de detergentes y desinfectantes				
4.11	Constancia de Vacunación del personal contra enfermedades Infecto-Contagiosas				
4.12	Procedimientos en caso de accidentes de trabajo				
4.13	Manejo efectivo de muestras derramadas				
4.14	Automatización de pipetas y equipos				
4.15	Limpieza de superficies y cristalería				

5- EQUIPOS MÍNIMOS REQUERIDOS

REQUISITOS MÍNIMOS		SI	NO	N/A	Observaciones
5.1	Cronómetro				
5.2	Esfigmomanómetro para adultos				
5.3	Esfigmomanómetro para niños				
5.4	Nevera				
5.5	Reloj				
5.6	Centrífuga				
5.7	Mesa de trabajo				
5.8	Medio de transporte (especificar)				
5.9	Silla para el área de procedimientos				
5.10	Gradillas de metal o plásticas				
5.11	Canastos para tubos				
5.12	Pipetas de Pasteur				
5.13	Puntas para Pipetas desechables (Tisp)				
5.14	Tapones para tubos				
5.15	Marcadores a prueba de agua				
5.16	Botiquín				

Version 01

DGHA-F0-020

5.17	Silla de toma de muestra				
------	--------------------------	--	--	--	--

5.18	Camilla de toma de muestras			
5.19	Horno de secado			
5.20	Incineradora de agujas y/o frascos de paredes rígidas para desechar objetos corto punzantes			
5.21	Tubos de ensayo 13 x 100 mm			
5.22	Tubos de ensayo 10 x 75 mm			
5.23	Tubos de ensayo 16 x 125 mm			
5.24	Placas para tipificación			
5.25	Lancetas			
5.26	Portaobjetos			
5.27	Cubreobjetos			
5.28	Placas VDRL			
5.29	Goteros desechables			
5.30	Microscopio para realizar exámenes en fresco cuando sea necesario realizar esta tarea			

6- INSUMOS REQUERIDOS

REQUISITOS MÍNIMOS		SI	NO	N/A	Observaciones
6.1	Material gastable para sangrar (algodón, agujas múltiples, alcohol, tubos al vacío, tubos, jeringuillas)				
6.2	Curitas				
6.3	Torniquetes				
6.4	Guantes				
6.5	Frascos para orina				
6.6	Envases para desechos de material contaminado apto para transporte				
6.7	Solución de cloro al 10% fresco				

7- DOCUMENTACIÓN REQUERIDA EN PUESTOS DE TOMA DE MUESTRAS

REQUISITOS MÍNIMOS		SI	NO	N/A	Observaciones
7.1	Manual de Procedimientos de toma de muestra con las condiciones requeridas y los tiempos adecuados para el transporte				
7.2	Manual de Procedimientos Administrativos				
7.3	Libro de registro de pacientes				
7.4	Libro de registro de pruebas a realizarse				
7.5	Manual de equipos en Español				

Version 01

DGHA-F0-020

7.6	Manual de Normas Internas (elaborado según la complejidad)				
-----	--	--	--	--	--

7.7	Manual de Normas y Procedimientos de Bioseguridad			
7.8	Formulario para el reporte de resultados			
7.9	Formulario para el control de calidad de los equipos			
7.10	Protocolo de envío de la cristalería contaminada para ser esterilizada (desde el puesto de Toma de Muestra hasta el laboratorio principal)			

8- GESTIÓN

REQUISITOS MÍNIMOS		SI	NO	N/A	Observaciones
8.1	Sistema de medición periódica de la satisfacción de los usuarios				
8.2	Planes de mejoramiento de la calidad del servicio				
8.3	Protocolo de limpieza				
8.4	Programa de mantenimiento correctivo y preventivo de los equipos				
8.5	Documentación que confirme si tiene acceso a un servicio de referencia y transporte rápido en caso de urgencia				
8.6	Insumos desechables				
8.7	Personal identificado y debidamente uniformado				
8.8	Cartera de Servicios y horario visible				
8.9	Derechos y Deberes de los usuarios en lugar visible				

Version 01

DGHA-F0-020

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