



**K- Localización**

K.1- Interno ( )    K.2- Externo ( )
--------------------------------------

**L- Sector del Sistema Nacional de Salud**

L.1- Público ( )    L.2- Privado ( )
--------------------------------------

**M- Sector al que pertenece si es Público**

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

**N- Sector al que pertenece si es Privado**

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

**O- Horario de Servicio**

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

**P- Fecha de Instalación**

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

Escriba la fecha de Apertura

**Q- PROPIETARIO DEL ESTABLECIMIENTO**

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

**R- BIONALISTA RESPONSABLE 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	
R.11	Título Profesional	
R.12	Especialidad	
R.13	No. de Exequátur	
R.14	Fecha de Expedición	
R.15	Horario de Servicio en horas	4 ( ) 6 ( ) 8 ( ) 12 ( ) 24 ( )

**S- PERSONAL TÉCNICO Y ADMINISTRATIVO DEL ESTABLECIMIENTO**

REQUISITOS MÍNIMOS					Observaciones
S.1	Número de Bioanalistas				
S.2	Número de Técnicos Graduados				
S.3	Número de Profesionales con Postgrado				
S.4	Número de Personal Administrativo				
S.5	Número de Auxiliares de Laboratorio				
S.6	Número de Bioanalistas con Exequátur				
S.7	Horario de Servicio en horas				

**T- ÁREAS DEL LABORATORIO\***

REQUISITOS MÍNIMOS			SI	NON/A	Observaciones
T.1	Área de Toma de Muestras				
T.2	Hematológicas				
T.3	Serológicas				
T.4	Química Sanguínea				
T.5	Uroanálisis				
T.6	Microbiología **				
T.7	Parasitología				
T.8	Áreas Especializadas **				
T.9	Área de Baciloscopía				

\* Presentar listado de Pruebas realizadas

\*\* Microbiología y Areas Especializadas No Aplican para Laboratorios de Primer Nivel

Las áreas están: 1- Completamente Separadas ( ) 2- Por División ( ) 3- No Existe Separación ( )

## 1- INSTALACIONES FÍSICAS

REQUISITOS MÍNIMOS		SI	NON	A	Observaciones
1.1	Área Administrativa				
1.2	Sala de Recepción o Espera				
1.3	Área de Procedimientos Analíticos				
1.4	Servicios Sanitarios para el Personal				
1.5	Servicios Sanitarios para Usuarios *				
1.6	Área de Lavado, Esterilización y Fregado del Material de Trabajo				
1.7	Área de Almacenamiento de Insumos de Trabajo				
1.8	Área para Alimentación y Descanso del Personal de Servicio				
1.9	Rampa para Discapacitados				
1.10	Área de Entrega de Resultados				

\* Si el Laboratorio está ubicado dentro de un Establecimiento de Salud, sólo requerirá el Baño de los Usuarios.

## 2- CONDICIONES DEL AMBIENTE DE TRABAJO

REQUISITOS MÍNIMOS		SI	NON	A	Observaciones
2.1	Ambiente Aclimatado entre 15 y 25°C				
2.2	Fuente de Energía Permanente				
2.3	Iluminación				
2.4	Ventilación				
2.5	Mesa de Trabajo Adecuada (Especificar Material de la Meseta)				
2.6	Asientos de trabajo Adecuados, Ergométricos y Tapizados en Vinil				
2.7	Área de Almacenamiento Adecuada				
2.8	Sistema de Desagüe				
2.9	Conexiones Eléctricas Identificadas y Suficientes (110-220 Voltios)				
2.10	Disponibilidad de Agua Permanente				

**Especificar Tratamiento del Agua**

## 3- CONDICIONES PARA LA SEGURIDAD DEL PERSONAL Y LOS USUARIOS DEL SERVICIO

REQUISITOS MÍNIMOS		SI	NON	A	Observaciones
3.1	Señalización de las Áreas				
3.2	Sistema de Salida para Emergencia				
3.3	Extintor de Incendio/ Fecha de Expiración Vigente				

3.4	Batas Mangas Largas y Abotonadas				
3.5	Zapatos Cerrados				
3.6	Botiquín de Primeros Auxilios				
3.7	Eliminación Adecuada de Desechos (Especificar Método)				
3.8	Uso de Guantes Desechables				
3.9	Uso de Mascarillas (Si Aplica)				
3.10	Uso de Gafas Protectoras (Si Aplica)				
3.11	Uso de Zafacones con Tapas y Fundas con el Color Correspondiente al tipo de Desecho				
3.12	Uso de Detergentes y Desinfectantes				
3.13	Vacunación del Personal contra Infecciones Inmunoprevenibles (Evidencia, Tarjeta de Vacunación)				
3.14	Procedimientos en caso de Accidentes de Trabajo				
3.15	Procedimiento del Manejo Efectivo de Muestras Derramadas				
3.16	Cumplen las Medidas de Seguridad para Sustancias Toxicas o Químicas de alto Riesgo				
3.17	Protocolo de Limpieza de Superficies y Cristalería				
3.18	Presentar Registro de Exámenes Médicos Anuales y de Placa de Tórax y pueba de TB de todo el Personal				
3.19	Constancia de Control de Roedores e Insectos				

#### 4- EQUIPOS MÍNIMOS REQUERIDOS EN EL SERVICIO

REQUISITOS MÍNIMOS		SI	NON/A	Observaciones
4.1	Microscopio			
4.2	Micro Centrífuga			
4.3	Centrífuga			
4.4	Nevera			
4.5	Espectrofotómetro			
4.6	Cronómetro			
4.7	Soporte para Eritrosedimentación			
4.8	Agitador de Pipeta			
4.9	Piano para Diferencial			
4.10	Gradillas de Metal o Madera			
4.11	Canastos para Tubos			
4.12	Bandejas de Tinción			
4.13	Reloj Multitiempo o de una Hora			

4.14	Baño de María				
4.15	Rotador de Pruebas Serológicas				
4.16	Mechero o Lámpara de Alcohol				
4.17	Horno				
4.18	Autoclave				
4.19	Pipetas Automáticas				
4.20	Silla o Camilla de Toma de Muestras				
4.21	Balanza				
4.22	Lavador de Pipetas				
4.23	Incubadora				
4.24	Contador Manual de Células				
4.25	Equipo Automatizado (Especifique)				
4.26	Lámpara de Visualización				
4.27	Rotador Hematológico				
4.28	Cámara de Neubauer				
4.29	Pipetas para Glóbulos Blancos				
4.30	Pipeta para Glóbulos Rojos				
4.31	Pipeta Shali				
4.32	Tubos de Ensayo				
4.33	Pipetas Serológicas				
4.34	Tips				
4.35	Lancetas				
4.36	Portaobjetos				
4.37	Cubreobjetos				
4.38	Placas VDRL				
4.39	Embudos				
4.40	Goteros Desechables				
4.41	Esfigmomanómetro y Estetoscopio				

#### 5- DOCUMENTACIÓN REQUERIDA EN LOS LABORATORIOS CLÍNICOS

REQUISITOS MÍNIMOS		SI	NON/A	Observaciones
5.1	Manual de Procedimientos Técnicos			
5.2	Manual de Procedimientos Administrativos			
5.3	Sistema de Registro de Usuarios (Físico y Electrónico)			
5.4	Sistema de Registro de Pruebas Realizadas (Físico y Electrónico)			
5.5	Sistema de Registro para VIH de DIGECITSS			
5.6	Manual de Equipos en Español			
5.7	Manual de Normas y Procedimientos de Bioseguridad			

5.8	Formulario para Reporte de Resultados				
5.9	Formulario para el Control de Calidad de los Equipos				
5.10	Formulario del MSP de Notificación Obligatoria de Enfermedades Infecciosas				

## 6- GESTIÓN

REQUISITOS MÍNIMOS		SI	NON/A	Observaciones
6.1	Documentación que Confirme si tiene Acceso a un Servicio de Referencia y Transporte Rápido de Donante en caso de Urgencia			
6.2	Protocolo de Limpieza			
6.3	Control de Roedores e Insectos			
6.4	Buzón de Quejas y Sugerencias			
6.5	Cartera de Servicios y Horario Visibles			
6.6	Derechos y Deberes de los Usuarios en lugar Visible			
6.7	Personal Identificado y debidamente Uniformado			

**Verificar si esta inscrito en un Programa de Evaluación Externa de la Calidad**

Si \_\_\_\_\_

No \_\_\_\_\_

### 7- CENTRO DE REFERENCIA PARA EL PROGRAMA DE EVALUACION EXTERNA DE LA CALIDAD (PEEC) EN EL LABORATORIO CLÍNICO

7.1	Nombre	
7.2	Dirección (Calle y Número)	
7.3	Ciudad	
7.4	País	
7.5	Teléfono	
7.6	Correo electrónico	

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	