

Formulario Guía de Inspección de Bancos de Sangre y Servicios de Transfusión

FOGIBST

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- 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

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

R- DIRECTOR MÉDICO DEL BANCO DE SANGRE

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	4 () 6 () 8 () 12 () 24 ()

S- BIONALISTA RESPONSABLE 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 en horas	4 () 6 () 8 () 12 () 24 ()

T- PERSONAL TÉCNICO Y ADMINISTRATIVO DEL ESTABLECIMIENTO

REQUISITOS MÍNIMOS				Observaciones
T.1	Número de Bioanalistas			
T.2	Número de Técnicos graduados			
T.3	Número de Auxiliares			
T.4	Número de Profesionales con Post Grado			
T.5	Número del Personal Administrativo			
T.6	Horario de Servicio	4 ()	6 () 8 ()	

U- ÁREAS QUE POSEE EL SERVICIO

REQUISITOS MÍNIMOS		SI	NO	N/A	Observaciones
U.1	Pruebas Hematológicas				
U.2	Pruebas Viroológicas				
U.3	Pruebas Inmunohepatológicas				
U.4	Otras Pruebas				

1-INSTALACIONES FÍSICAS QUE POSEE EL SERVICIO

REQUISITOS MÍNIMOS		SI	NO	N/A	Observaciones
1.1	Área Administrativa				
1.2	Recepción de los Donantes				
1.3	Área para Evaluación Clínica y Toma de Muestras previa a la Donación				
1.4	Área Flebotomía y Recuperación de los Donantes				
1.5	Área para Tamizaje y Fraccionamiento de la Sangre				
1.6	Servicios Sanitarios para el Personal Técnico				
1.7	Servicios Sanitarios para los Donantes				
1.8	Área de Lavado y Fregado de Material de Trabajo				
1.9	Área de Descanso del Personal de Servicio				
1.10	Área de Almacenamiento de Insumos de Trabajo				
1.11	Área de Esterilización y Descontaminación de Desechos				
1.12	Disposición de desechos identificados y clasificados				
1.13	Área de Almacenamiento para los Útiles de Limpieza				
1.14	Rampa para Discapacitados				

2-CONDICIONES DEL AMBIENTE DE TRABAJO

REQUISITOS MÍNIMOS		SI	NO	N/A	Observaciones
2.1	Ambiente Aclimatado entre 15°C y 25°C				
2.2	Fuente de Energía Permanente				
2.3	Iluminación Adecuada				
2.4	Ventilación Adecuada				
2.5	Mesa de Trabajo Adecuada (Especificar Material de la Meseta)				
2.6	Asientos de trabajo adecuados				
2.7	Área de Almacenamiento Adecuada				
2.8	Lavadero Adecuado				
2.9	Sistema de Desagüe Adecuado				
2.10	Conexiones Eléctricas Identificadas y Suficientes				
2.11	Disponibilidad de Agua				

*Especificar Tratamiento de Agua

3-SEGURIDAD DEL PERSONAL Y LOS USUARIOS

REQUISITOS MÍNIMOS		SI	NO	N/A	Observaciones
3.1	Señalización de las Áreas				
3.2	Sistema de Salida de Emergencia				
3.3	Extintor con Fecha de Expiración Vigente				
3.4	Botiquín de Primeros Auxilios				
3.5	Eliminación Adecuada de Desechos (Especificar Método)				
3.6	Uso de Guantes Desechables				
3.7	Uso de Mascarillas				

3.8	Uso de Gafas de Protección				
3.9	Uso de Zafacones con Fundas y Tapas, identificando el Contenido				
3.10	Uso de detergente y desinfectante (especifico par tales fines)				
3.11	Área de Descanso y/o Alimentación del Personal de Servicio				
3.12	Vacunación del personal contra enfermedades inmunoprevenibles (verificar tarjeta de vacuna)				
3.13	Procedimientos en caso de Accidentes de Trabajo				
3.14	Uso de Bata con Mangas Largas				
3.15	Uso de Zapatos Cerrados				
3.16	Uso de Gorro para Pelo				

4-EQUIPOS MÍNIMOS REQUERIDOS EN EL BANCO DE SANGRE

REQUISITOS MÍNIMOS		SI	NO	N/A	Observaciones
4.1	Camilla para Banco de Sangre				
4.2	Silla para Toma de Muestra Previa a la Donación				
4.3	Nevera para Banco de Sangre con Alarma y Control de Temperatura				
4.4	Baño de María Seco o Húmedo				
4.5	Centrífuga Convencional				
4.6	Centrífuga Serofuge				
4.7	Reloj Cronómetro				
4.8	Caja o Lámpara de Visualización				
4.9	Reloj con Alarma (hasta una hora)				
4.10	Centrífuga Refrigerada (Sólo para Bancos de Sangre, no para Centros de Transfusión)				
4.11	Separador de Plasma (Manual o Eléctrico)				
4.12	Microcentrífuga o Equivalente (Máquina de Hemograma)				
4.13	Sellador para Bolsas de Sangre (Manual o Eléctrico)				
4.14	Balanza de Doble Plato				
4.15	Balanza Romana o Equivalente				
4.16	Balanza para pesar Bolsas de Sangre durante el Proceso de Extracción				
4.17	Rotador para VDRL				
4.18	Microscopio				
4.19	Autoclave o Incinerador Común				
4.20	Horno para secar la Cristalería				
4.21	Pipetas Automáticas				
4.22	Lavador de Pipetas				
4.23	Nevera para reactivos (2-8°C)				
4.24	Esfigmomanómetro y Estetoscopio				
4.25	Equipo lector de ELISA y sus accesorios o equipo avalado				
4.26	Balanza para el Donante				
4.27	Termómetro (Digital o Convencional)				

5- DOCUMENTACIÓN REQUERIDA EN BANCOS DE SANGRE Y SERVICIOS DE TRANSFUSIÓN

REQUISITOS MÍNIMOS		SI	NO	N/A	Observaciones
5.1	Reglamento para Bancos de Sangre				
5.2	Libro para el Registro de Donantes				
5.3	Libro para el Registro de Pruebas realizadas a los Donantes				

5.4	Libro de Registro para Diagnóstico de Laboratorio de la Infección por VIH/SIDA				
5.5	Formulario para Selección o Evaluación del Donante				
5.6	Manual de Normas Internas (Elaborado según la Complejidad)				
5.7	Manual de Procedimientos para Bancos de Sangre				
5.8	Manual de Normas y Procedimientos de Calidad				
5.9	Manual de Normas y Procedimientos de Bioseguridad				
5.10	Registro de Donantes Voluntarios				
5.11	Registro de las Reservas de Sangre y/o Componentes				
5.12	Registro de Solicitud de Sangre con fines de Transfusión				
5.13	Registro de Entrega de Sangre				
5.14	Registro de Investigación de Reacciones Post-Transfusionales				
5.15	Formulario para Reporte de Resultados				
5.16	Formulario para el Control de Calidad de los Equipos				
5.17	Formulario para la Reserva de Componentes Sanguíneos				
5.18	Tarjetas para Identificación del Componente Sanguíneo				
5.19	Carnet de Donante Voluntario de Sangre o Componentes				
5.20	Formulario del MSP para Notificación Obligatoria de Enfermedades Infectocontagiosas				
5.21	Libro para Registro de Notificación Obligatoria para VIH-SIDA				
5.22	Formulario para Notificación Obligatoria de las Pruebas Serológicas				
5.23	Formulario para el Consentimiento Informado a la Prueba de VIH-SIDA				

6- GESTIÓN

REQUISITOS MÍNIMOS		SI	NO	N/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	Planes de Desarrollo y Mejoramiento en el Servicio				
6.4	Control de Roedores e Insectos				
6.5	Buzón de Quejas y Sugerencias				
6.6	Cartera de Servicios Visible				
6.7	Derechos de los Usuarios Visible				
6.8	Personal debidamente uniformado e identificado				

Verificar si esta inscrito en un Programa de Evaluación Externa de la Calidad (PEEC)

Si _____ No _____

7- CENTRO DE REFERENCIA PARA EL PROGRAMA DE EVALUACIÓN EXTERNA DE LA CALIDAD EN EL BANCO DE SANGRE

			Observaciones
7.1	Nombre		
7.2	Dirección (Calle y Número)		
7.3	Ciudad		
7.4	País		
7.5	Fecha de Apertura		
7.6	Teléfono		
7.7	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