

Formulario Guía de Inspección de Servicios de Hemodiálisis

FOGIHEM

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 MÉDICO, TÉCNICO Y ADMINISTRATIVO

REQUISITOS MÍNIMOS		SI	NO	N/A	Observaciones
T.1	Posee el número de Encargado Médico Especialista en Nefrología según Norma				
T.2	Posee el número de Médicos para el Servicio de Hemodiálisis según Normas				
T.3	Posee Enfermero/a o Auxiliar por cada 4 puestos de hemodiálisis				
T.4	Jefe(a) de Enfermería y/o Técnico de Diálisis con experiencia de 5 años en la práctica de hemodiálisis				
T.5	Se cuenta con un nutricionista de referencia				
T.6	Se cuenta con Cirujano Vascular de referencia				
T.7	Se cuenta con Psicólogo de referencia				
T.8	Se cuenta con Trabajador social				
T.9	Secretaria				
T.10	Conserjes (por lo menos una en cada turno)				
T.11	Mensajero				

1-INSTALACIONES FÍSICAS E INFRAESTRUCTURA

REQUISITOS MÍNIMOS		SI	NO	N/A	Observaciones
1.1	Calzada protectora				
1.2	Facilidades de estacionamiento				
1.3	Rampa para discapacitados				
1.4	Sistema de Salida de Emergencia				
1.5	Facilidades para estacionamiento de vehículo de motor de emergencia				
1.6	Facilidad para estacionamiento mínimo para el público				
1.7	Extintor contra incendio con fecha de expiración o sistema contra incendios				
1.8	Sala de espera con asientos suficientes				
1.9	Paredes revestidas o pintadas de material de fácil limpieza y pisos impermeables				
1.10	Cubierta de techo lisos o en plafones de PVC y con altura entre 2.5 y 3.0 mts. sin filtraciones				
1.11	Pasillos y puertas que permitan el paso de camillas con espacio mínimo de 1 mt y máximo de 2.5 mts.				
1.12	Espacio que permitan la circulación de discapacitados				
1.13	Área de descanso para el personal de servicio (sólo para servicios que laboren 24 horas)				
1.14	Vestidor para el personal, con casillero				
1.15	Señalización de las áreas de atención				
1.16	Iluminación confortable				
1.17	Ventilación y temperatura confortable 20 °C mínimo				
1.18	Sistema de Archivos Científicos y Administrativo				
1.19	Sistema de manejo y tratamiento de desechos sólidos y líquidos				
1.20	El área de Diálisis para pacientes es de mínimo 2.0 mts y máximo de 3.5 mts, con espacio entre cada puesto de 50 y 60 cms				
1.21	Sistema de distribución de energía eléctrica debidamente empotrado con tomacorrientes de 110 y 220 voltios, señalizados				
1.22	Planta de energía eléctrica disponible en caso de emergencia				
1.23	Faroles auto-recargables, debidamente instalados (mínimo 2 y máximo 4 dependiendo de los puestos de diálisis)				
1.24	Suministro de agua y sistema de drenaje funcionando eficientemente				

Version 01

DGHA-F0-023

1.25	Lavamanos dotado de grifo quirúrgico y dispensador de jabón bactericida				
------	---	--	--	--	--

1.26	Área Restringida para pacientes seropositivos (+) para Hepatitis B, y el virus de inmunodeficiencia adquirida (VIH), que incluya baños exclusivos para el área			
1.27	Baño para el personal y público fuera del área de Diálisis			
1.28	Área de enfermería con visibilidad para todos los pacientes			
1.29	Zona de almacén y despacho de materiales e insumos de diálisis			
1.30	Áreas para lavado de materiales y esterilización fuera de la sala de Diálisis			
1.31	Área para guardar utensilios de limpieza y vertedero			
1.32	Planta de tratamiento de agua con filtros de arena, filtros de carbón, ablandadores, ósmosis inversa, clorinación (opcional), luz ultravioleta y filtros de sedimentación			
1.33	Sala de diálisis ubicada en espacio semirestringido			
1.34	Área para una Unidad de Reanimación (Sólo para Centros de Diálisis)			
1.35	Área de Consultorios para examen de pacientes con el equipo necesario y que garantice la privacidad. (sólo para Centros de Diálisis)			
1.36	Disponibilidad de suministro de toma de agua tratada y drenaje para servicios de diálisis en áreas críticas (UCI, Emergencia, Cirugía, etc.)			
1.37	El servicio cuenta con 4 puestos mínimos y 12 puestos máximo de Diálisis			
1.38	Sala de Recuperación			
1.39	Se realiza un máximo de 3 turnos diarios			

2- ÁREA ADMINISTRATIVA

REQUISITOS MÍNIMOS		SI	NO	N/A	Observaciones
2.1	Escritorios				
2.2	Sillas				
2.3	Computadoras y máquinas de escribir				
2.4	Fax				
2.5	Archivos				
2.6	Teléfonos				
2.7	Estantes				
2.8	Sistema de Registro				

3- ÁREA DE ARCHIVO Y DOCUMENTACIÓN CLÍNICA

REQUISITOS MÍNIMOS		SI	NO	N/A	Observaciones
3.1	Anaqueles				
3.2	Tarjeteros				
3.3	Computadora				
3.4	Escritorios				
3.5	Sillas				
3.6	Mesa Metálica o de Madera				
3.7	Abanico o Aire Acondicionado				
3.8	Enumerador Automático				

4- EQUIPAMIENTO REQUERIDO PARA SALA DE HEMODIÁLISIS

REQUISITOS MÍNIMOS		SI	NO	N/A	Observaciones
4.1	Teléfono				
4.2	Nevera				
4.3	Reloj de pared				
4.4	Televisor				
4.5	Balanza adulto y pediátrica				
4.6	Máquinas de Diálisis provistas de medidores de presión venosa y arterial, control automático de temperatura, flujo de baño, detector de burbujas y sistema de alarma				
4.7	Sillón mecánico o hidráulico de posición				
4.8	Un esfigmomanómetro por cada tres (3) pacientes en hemodiálisis				
4.9	Recipiente de acero inoxidable con tapa para desinfección en frío				
4.10	Recipientes recolectores de jeringuillas usadas, agujas y material cortante				
4.11	Un estetoscopio por cada técnico y médico				
4.12	Materiales médicos quirúrgicos (guantes, mascarilla, algodón, jeringas, gases, etc.)				
4.13	Tijeras y porta pinzas de uso individual en cada turno de diálisis				
4.14	Fuente o tanque de oxígeno permanente				
4.15	Equipo de reanimación cardiorespiratoria con ambú, fuente de oxígeno, laringoscopio, cánulas de Mayo, cánulas endotraqueales, equipo de aspiración, monitor, electrocardiógrafo y desfibrilador				
4.16	Resucitador disponible en el establecimiento				

Version 01

DGHA-F0-023

5- EQUIPO DE TRATAMIENTO DE AGUA

REQUISITOS MINIMOS		SI	NO	N/A	Observaciones
--------------------	--	----	----	-----	---------------

5.1	Planta de tratamiento de agua contigua a la sala de diálisis				
5.2	Control bacteriológico mensual				
5.3	Reserva de agua para procesar dos días de tratamiento dialítico				
5.4	Agua tratada para la preparación de bicarbonato				

6- TANQUE DE RESERVA DE AGUA. CARACTERÍSTICAS REQUERIDAS

REQUISITOS MÍNIMOS		SI	NO	N/A	Observaciones
6.1	Tanques resistentes				
6.2	Tanques impermeables				
6.3	Tanques inertes				
6.4	Tanques cerrados				
6.5	Sistema de recirculación continua de agua (opcional)				
6.6	Tanques no expuestos a incidencia directa de la luz solar				

7- MEDICAMENTOS PARA ATENCIÓN DE URGENCIAS MÉDICAS

REQUISITOS MÍNIMOS		SI	NO	N/A	Observaciones
7.1	Bicarbonato de sodio				
7.2	Adrenalina				
7.3	Antropina				
7.4	Lidocaína				
7.5	Analgésicos				
7.6	Antiarrítmicos				
7.7	Hidrocortisona				
7.8	Dexametasona				
7.9	Antihistamínicos				
7.10	Antihipertensivos				
7.11	Gluconato de Calcio (10%)				
7.12	Protamina				
7.13	Solucion dextrosa (50%)				
7.14	Nitratos				
7.15	Antipireticos endovenoso				
7.16	Sodio hipertónico				
7.17	Manitol				
7.18	Anticonvulsivantes (Diazepan endovenoso)				
7.19	Antieméticos endovenoso				
7.20	Vitamina K				
7.21	Acetaminofen vía oral				

Version 01

DGHA-F0-023

8- DOCUMENTACIÓN REQUERIDA EN LOS SERVICIOS DE HEMODIÁLISIS

REQUISITOS MÍNIMOS		SI	NO	N/A	Observaciones
--------------------	--	----	----	-----	---------------

8.1	Normas y Procedimientos Técnicos de Hemodiálisis				
8.2	Normas de Bioseguridad visibles para conocimiento público				
8.3	Protocolo de Manejo y Desechos Líquidos y Sólidos				
8.4	Historia Clínica y evolución diaria de los pacientes				
8.5	Contrato firmado con suplidores de equipos con historial de los mismos, aprobado por el Departamento legal del establecimiento (Permiso para prestar estos servicios)				
8.6	Protocolo para la higiene y desinfección del equipo existente en el Servicio de Diálisis				
8.7	Protocolo de higiene, limpieza y asepsia del servicio				
8.8	Manual de Procedimientos Administrativos				
8.9	Formulario del MSP de Notificación Obligatoria de Enfermedades Infecciosas				
8.10	Registro del último control realizado para valorar la calidad bacteriológica y fisicoquímica del agua				

8.11	Reporte de control serológico para hepatitis B y C a todo el personal que labore en el Centro, Unidad o Servicio de Hemodiálisis				
8.12	Reporte de esquema de vacunación para hepatitis B y C a todo el personal que labore en el Centro, Unidad o Servicio de Hemodiálisis				
8.13	Contrato con un laboratorio para referir las muestras de los pacientes				
8.14	Libro para el registro de pacientes				
8.15	Reglamento de Salud Ambiental del MSP, para desechos sólidos y líquidos (Ver Gestión)				
8.16	Contrato de mantenimiento de la planta de tratamiento de agua				
8.17	Registro del control diario del agua				

9- GESTIÓN

REQUISITOS MÍNIMOS		SI	NO	N/A	Observaciones
9.1	Contrato o acuerdo con un establecimiento de derivación con internamiento y terapia intensiva, que posea Servicio de Hemodiálisis y ubicado a no más de				
9.2	Todo el personal ha recibido capacitación sobre procedimientos para limpieza y desinfección del equipo existente				

Version 01

DGHA-F0-023

9.3	Contrato de mantenimiento de equipos				
9.4	Buzón de quejas y sugerencias				

9.5	Encuesta de satisfacción de usuario			
9.6	Personal uniformado y debidamente identificado			
9.7	Control administrativo de la disposición final de desechos según Reglamento de Salud Ambiental del MSP			
9.8	Se realizara un máximo de 3 turnos diarios			
9.9	Acuerdo de disponibilidad de transporte rápido en caso de emergencia			
9.10	Exponer en lugar visible la Cartera de Servicio			
9.11	Zafacones con fundas de color rojo, de 13 litros mínimos y zafacones con fundas para desechos comunes			
9.12	Constancia de Control de Insectos y Roedores			
9.13	Horario de Diálisis de los pacientes en lugar visible dentro de la Unidad			

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