

 Instituto Nacional de Donación y Trasplante de Órganos, Tejidos y Células INDOT	LISTA DE VERIFICACIÓN DE DOCUMENTACIÓN PARA ACREDITACIÓN Y RE ACREDITACIÓN DE PROGRAMA DE TRASPLANTE HEPÁTICO		FECHA: 27-11-2018
			CÓDIGO: RG-INDOT-428
	Versión: 02		PÁGINA: 1 de 2
PUBLICADO ☒ EN ANALISIS ☐ BORRADOR ☐ OBSOLETO ☐			

COORDINACIÓN ZONAL ☐	
FECHA DE RECEPCIÓN EN LA COORDINACIÓN ZONAL:	

INFORMACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD			
Nombre:			
Dirección:			
Provincia:	Cantón:	Sector:	
Teléfonos:			
Correo electrónico:			
Dependencia: Red Pública Integral de Salud: ☐		Red Privada Complementaria: ☐	
Programa de trasplante:			
Acreditación: ☐		Re Acreditación ☐	
Fecha de finalización de la Acreditación:			
DESCRIPCIÓN	SI	NO	OBSERVACIONES
1. Formulario 001. "Solicitud de acreditación" RG-INDOT-270			
2. Formulario 002.HIG "Requerimientos para acreditación en el programa de trasplante hepático" RG-INDOT-326			
3. Análisis estadístico de la actividad trasplantológica realizada durante los años precedentes de acreditación, que incluyan análisis de la sobrevida, incidencia de rechazo, complicaciones pos trasplante (en caso de RE ACREDITACIÓN)			
4. Carta motivada para la creación de Programa de Trasplante hepático suscrita por la máxima autoridad			
5. Permiso de funcionamiento vigente			
6. Copia del Registro Único de Contribuyentes.			
7. Copia del nombramiento del Representante Legal o máxima autoridad del requirente.			
8. Listado del equipo de Procuración (Coordinador intrahospitalario y equipo de apoyo)			
9. Esquema organizacional del equipo de ablación y de trasplante.			
10. Certificado del sistema de gestión de calidad.			
11. Perfil epidemiológico de patologías hepáticas susceptibles de trasplante			
12. Proyección anual de trasplantes a realizarse por cada año de acreditación			
13. Proyección de identificación anual de donantes (potenciales y efectivos)			
14. Planificación anual de vacaciones del equipo de trasplante			
15. Planificación anual de capacitaciones del equipo de trasplante			
16. Listado de los equipos e instrumental quirúrgico			
17. Listado de insumos y materiales: disponibilidad y cálculo de necesidades anuales.			
18. Listado de medicamentos según protocolos: disponibilidad; cálculo de necesidades anuales y planificación de compras.			
19. Planificación anual de mantenimiento preventivo y correctivo de los equipos a ser usados en la evaluación pre trasplante, el trasplante y seguimiento pos trasplante.			
20. Planificación de movilización y logística del equipo quirúrgico de ablación, en el caso de aceptar la oferta de una ciudad fuera de la que se encuentra el establecimiento de salud que solicita la acreditación o re acreditación.			

 Instituto Nacional de Donación y Trasplante de Órganos, Tejidos y Células INDOT	LISTA DE VERIFICACIÓN DE DOCUMENTACIÓN PARA ACREDITACIÓN Y RE ACREDITACIÓN DE PROGRAMA DE TRASPLANTE HEPÁTICO		FECHA: 27-11-2018
			CÓDIGO: RG-INDOT-428
	Versión: 02		PÁGINA: 2 de 2
PUBLICADO ☒	EN ANALISIS ☐	BORRADOR ☐	

21. Listado de los exámenes serológicos y de función hepática que realiza el laboratorio institucional para evaluación de donante y de receptor. En caso de no contar con la realización de este tipo de exámenes indicar que mecanismo ha implementado para su realización.			
22. Protocolos de trasplantes:			
✓ Fase de evaluación pretrasplante:			
1. Selección y evaluación del receptor para trasplante hepático			
✓ Fase de donación			
1. Selección y evaluación del donante cadavérico			
2. Ablación hepática			
3. Restauración del cadáver			
✓ Fase de trasplante			
1. Admisión y evaluación pre operatoria			
2. Anestesia para trasplante hepático			
3. Cirugía de implante de hígado			
✓ Fase de seguimiento pos trasplante			
1. Manejo post operatorio en Cuidados Intensivos			
2. Manejo de complicaciones pos trasplante			
3. Inmunosupresión			
4. Manejo post operatorio Cuidados intermedios			
5. Control, manejo y seguimiento pos trasplante en consulta externa			

PROFESIONALES			
DESCRIPCIÓN	SI	NO	OBSERVACIONES
Profesionales médicos: (DEBE ADJUNTARSE TODA LA DOCUMENTACIÓN SEGÚN EL INSTRUCTIVO DE ACREDITACIÓN)			
1. Formulario INDOT 003 RG-INDOT-329 debidamente firmado y sellado			
2. Hoja de vida actualizada que incluya el título profesional debidamente registrado en el Senescyt.			
3. Documentos que avalan formación y/o experiencia en donación y trasplante hepático, de acuerdo a perfil detallado del Instructivo.			
4. Documentos que avalan 3 años de experiencia en la práctica asistencial de su especialidad. La certificación deberá estar rubricada por el jefe de servicio donde el profesional desarrolla sus actividades.			
5. Contrato legalizado con la institución o documento que avale relación contractual con el establecimiento			
6. Certificado de registro del título profesional en el ACESS			
7. Documentos que avalan 3 años de experiencia en la práctica asistencial de su especialidad. La certificación deberá estar rubricada por el jefe de servicio donde el profesional desarrolla sus actividades.			

	SI	NO
Cumple con la documentación institucional solicitada:		
Fecha:		

Nombre, firma y sello