

 Instituto Nacional de Donación y Trasplante de Órganos, Tejidos y Células INDOT	FORMULARIO DE VISITA SORPRESA A LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD ACREDITADOS Y RE ACREDITADOS		FECHA: 12/03/2018
	Versión: 01		CODIGO: RG-INDOT-421
	PUBLICADO ☒ EN ANALISIS ☐ BORRADOR ☐ OBSOLETO ☐		PÁGINA: 1 de 2

FECHA DE VISITA		COORDINACIÓN ZONAL:	
-----------------	--	---------------------	--

INFORMACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD ACREDITADO O RE ACREDITADO

Nombre:			
Dirección:			
Provincia:	Cantón:	Sector:	
Teléfonos institucionales :			
Correo electrónico institucional:			
Dependencia: Red Pública Integral de Salud:		☐	Red Privada Complementaria: ☐
Programa de trasplante:			
Fecha de Inicio de Acreditación:		Fecha de Fin de Acreditación	

Colocar una X en SI o en NO y calificar de acuerdo a la escala propuesta con la puntuación máxima detallada en ponderador

OBSERVACIÓN

1. Según registros al azar, que reposan en el establecimiento de salud, se ha trasplantado al paciente asignado (revisar documentación)	SI	NO	CALIFICACIÓN	RANGOS DE EVALUACIÓN: 10: el paciente trasplantado es el asignado por el INDOT 0: el paciente trasplantado no fue el asignado por el INDOT)

Detalle observaciones específicas encontradas, en el caso de ser necesarias:

2. Según registros al azar, que reposan en el establecimiento de salud, los profesionales que intervinieron en la cirugía de trasplante son los acreditados por el INDOT para la actividad que realizaron (revisar documentación)	SI	NO	CALIFICACIÓN	RANGOS DE EVALUACIÓN: 10: Todo el equipo que participó en el trasplante es acreditado por el INDOT 5: Si uno de los miembros del equipo que participó en la actividad de ablación y trasplante no cuenta con acreditación 0: Si menos del 50% de profesionales que participaron en la cirugía o el cirujano principal no es acreditado por el INDOT para la actividad realizada.

Detalle observaciones específicas encontradas, en el caso de ser necesarias:

3. Verificar de manera física la existencia de medicación inmunosupresora o insumo para el programa de trasplante	SI	NO	CALIFICACIÓN	RANGOS DE EVALUACIÓN: 10: Existencia suficiente de medicamentos e insumos para sustentar la actividad 0: No disponen del medicamento o insumo escogido al azar

Detalle observaciones específicas encontradas, en el caso de ser necesarias:

--

4. Disponibilidad de líquido de preservación (unicamente para los programas de trasplante de órganos)	SI	NO	CALIFICACIÓN	RANGOS DE EVALUACIÓN: 10: mantienen un stock para sustentar la actividad al menos 6 meses 5: Cuentan con stock para sustentar la actividad menos de 1 a 5 meses, 5: No cuentan con stock suficiente
Detalle observaciones específicas encontradas, en el caso de ser necesarias:				
SUMATORIA TOTAL DE PUNTAJE/ SUMATORIA TOTAL DE				
CALIFICACIÓN TOTAL EN PORCENTAJE:				
Cumplimiento del 80 a 100%:	Establecer continuar con las siguientes visitas programadas			
Cumplimiento del 50 a 79%:	Planificar visita complementaria en 4 meses			
Cumplimiento del 10 al 49%	Planificar visita complementaria en 2 meses			
Cumplimiento menos del 10%	Suspensión temporal			
OBSERVACIONES AL ESTABLECIMIENTO DE SALUD				
RECOMENDACIONES				
COMPROMISOS			RESPONSABLE	FECHA DE CUMPLIMIENTO