Ministerio de Salud Pública

FORMULARIO DE INSPECCIÓN

ESTABLECIMIENTOS DE SERVICIOS DE SALUD

SERVICIOS DE APOYO

LABORATORIO DE ANÁLISIS CLÍNICO DE ALTA COMPLEJIDAD

Informe N°:

ENTIDAD DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD: PÚBLICO ☐ **PRIVADO** ☐		**CÓDIGO :**	
NOMBRE O RAZÓN SOCIAL DEL ESTABLECIMIENTO:		**CLASE DE RIESGO: A**	
		NÚMERO DE RUC:	
NOMBRE DEL PROPIETARIO O REPRESENTANTE LEGAL:		**FECHA DE INSPECCIÓN:**	
NOMBRE DEL RESPONSABLE TÉCNICO:		**FECHA DE REINSPECCIÓN:**	
ACTIVIDAD/ES:		**ACTIVIDAD(ES) CORRESPONDEN AL TIPO DE ESTAB.:**	**SI** ☐ **NO** ☐
DIRECCIÓN:		**ZONA:**	**DISTRITO:**
Calles (Principal y secundaria) y N°		**PROVINCIA:**	**CIUDAD:**
TRÁMITE:	Permiso de Funcionamiento por primera vez: ☐	**CANTÓN:**	
	Renovación de Permiso de Funcionamiento ☐	**TELÉFONO:**	
	Modificaciones o ampliaciones ☐		

MARCAR CON UN VISTO SEGÚN CORRESPONDA

INFRAESTRUCTURA				**EQUIPAMIENTO**								**OBSERVACIONES**
AMBIENTES/AREAS				Equipo laboratorio		Mobiliario laboratorio		Equipo General		Mobiliario General		
		Si	**No**	**Si**	**No**	**Si**	**No**	**Si**	**No**	**Si**	**No**	
Admisión/Administración	Recepción, información, archivo o estadística			N/A		N/A						
	Sala de espera general			N/A		N/A		N/A				
	Baño/Batería Sanitaria			N/A		N/A						
Toma de muestras	Toma de muestras			N/A				N/A				
Análisis- Puede especializarse en una prestación o contar con algunas de las prestaciones	Hematología					N/A		N/A				
	Hemostasia					N/A		N/A				
	Química Clínica					N/A		N/A				
	Inmunología (pruebas especializadas)					N/A		N/A				
	Inmunoquímica (pruebas especializadas)					N/A		N/A				
	Uroanálisis					N/A		N/A				
	Coproanálisis					N/A		N/A				
	Microbiología de alta complejidad					N/A		N/A				
	Genética (condición)					N/A		N/A				
	Micología (condición)					N/A		N/A				
	Toxicología (condición)					N/A		N/A				
	Biología Molecular (condición)					N/A		N/A				
Servicios Generales	Preparación de medios de cultivo (condición)					N/A						
	Almacenamiento de materiales y reactivos			N/A		N/A						
	Lavado, desinfección y esterilización					N/A						
	Cuarto o Área de Limpieza			N/A		N/A		N/A				
	Almacenamiento intermedio temporal de desechos			N/A		N/A		N/A				
Bodega General				N/A		N/A						
Almacenamiento final de desechos				N/A		N/A		N/A				

CONDICIONES GENERALES DEL ESTABLECIMIENTO

Estructura General	**Si**	**No**	**Observaciones**
Pisos: Lisos, antideslizantes de fácil limpieza			
Paredes: Acabado liso de fácil limpieza, pintura lavable colores claros			

Cielo Raso/Cielo Falso: Fijos/desmontables de fácil limpieza de colores claros			
Puertas y Ventanas: Con superficies lisas de fácil limpieza.			
Instalaciones Generales del Establecimiento	**Si**	**No**	
Rótulo que señale el tipo de establecimiento y la Razón Social y/o nombre comercial			
Accesos internos y externos diferenciados			
Baños/Batería sanitaria			
Iluminación natural o artificial			
Ventilación natural o artificial			
Eléctricas			
Sistema de computo en red			
Abastecimiento de agua potable o segura			
Desague de aguas lluvias / aguas residuales			
Generador eléctrico en funcionamiento			

NORMAS DE BIOSEGURIDAD		**Si**	**No**	**Observaciones**
Manejo de desechos	¿Está conformado el Comité de Gestión de desechos?			
	¿Dispone del Plan Integral de Gestión de desechos?			
	Cuenta con un área para almacenamiento final de desechos?			
	¿Cuentra con registros de entrega de desechos peligrosos?			
	¿Cuenta con un contrato con un gestor autorizado por la Autoridad Ambiental Nacional?			
Almacenamiento Final diferenciado de desechos	Desechos no peligrosos			
	Desechos peligrosos, diferenciado			

VERIFICACIÓN DE DOCUMENTOS	**Si**	**No**	**Observaciones**
Títulos de los profesionales de la salud registrados en el MSP			
Procedimiento de limpieza y desinfección de las áreas			
Procedimiento de limpieza y desinfección de los equipos y mobiliario			
Programa de mantenimiento de equipos			

ESTABLECIMIENTO CUMPLE	**Si**	**No**

COMISIÓN TÉCNICA RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN

CARGO	***NOMBRES Y APELLIDOS***	***NÚMERO DE CÉDULA***	***FIRMA***
LIDER DE LA COMISIÓN			
INTEGRANTE DE LA COMISIÓN			
INTEGRANTE DE LA COMISIÓN			

NOTIFICACIÓN ESTABLECIMIENTO INSPECCIONADO

	NOMBRES Y APELLIDOS	***CARGO***	***NÚMERO DE CÉDULA***	***FIRMA***
RECIBE COPIA DEL INFORME				

OBSERVACIONES:

REINSPECCIÓN

FECHA:

ESTABLECIMIENTO CUMPLE	Si	No

COMISIÓN TÉCNICA RESPONSABLE DE LA REINSPECCIÓN

CARGO	*NOMBRES Y APELLIDOS*	*NÚMERO DE CÉDULA*	*FIRMA*
LIDER DE LA COMISIÓN			
INTEGRANTE DE LA COMISIÓN			
INTEGRANTE DE LA COMISIÓN			

NOTIFICACIÓN ESTABLECIMIENTO REINSPECCIONADO

	NOMBRES Y APELLIDOS	*CARGO*	*NÚMERO DE CÉDULA*	*FIRMA*
RECIBE COPIA DEL INFORME				

OBSERVACIONES: