MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA

ESTABLECIMIENTOS DE SERVICIOS DE SALUD

SERVICIOS DE SANGRE

FICHA TÉCNICA DE INSPECCIÓN

CENTRO DE COLECTA

Informe N°:

ENTIDAD DEL SISTEMA		**CODIGO:**	
NOMBRE O RAZÓN SOCIAL DEL ESTABLECIMIENTO		**ZONA:**	
		CLASE DE RIESGO:	**A**
NOMBRE DEL PROPIETARIO O REPRESENTANTE LEGAL		**NÚMERO DE RUC:**	
NOMBRE DEL RESPONSABLE TÉCNICO		**FECHA DE INSPECCIÓN:**	
TELÉFONO:		**FECHA DE REINSPECCIÓN:**	
		HORARIOS DE ATENCIÓN:	

DIRECCIÓN	
ACTIVIDAD/ES	

TRÁMITE	☑		**Si**	**No**
Nuevo Permiso de Funcionamiento		Establecimiento exclusivo		
Renovación de Permiso de Funcionamiento				
Modifiaciones ó Ampliaciones				

MARCAR CON UN VISTO SEGÚN CORRESPONDA

INFRAESTRUCTURA				**EQUIPAMIENTO**								**OBSERVACIONES**
				Equipo BioMédico		Mobiliario Medico		Equipo General		Mobiliario General		
		Si	**No**	**Si**	**No**	**Si**	**No**	**Si**	**No**	**Si**	**No**	
Recepción	Recepción											
	Sala de espera general											
	Baterías sanitarias											
Selección	Registro de donantes de sangre											
	Llenado de ficha del donante											
	Determinación de hematocrito y hemoglobina											
	Consulotrio de selección											
	Sala de espera de donantes											
	Consejería											
Extracción	Área de Extracción de sangre											
	Área de Aféresis											
	Área de Estación de enfermería											
	Área de Limpio y lencería											
	Área de Usado											
	Área de Limpieza											
	Área de Baterías sanitarias											
Postdonación	Refrigerio de donantes											
Preparación y envío	Preparación y envío											
	Muelle de carga											
Gestión y Soporte	Dirección											
	Sala de reuniones											
	voluntaria de sangre											
	Area de Archivos											
Servicios Generales	Area de Vestidores											
	Area de Bodega											
	Área de Limpieza											
	Área de Residuos											
	Área de Generadores eléctricos											

	Área de Seguridad											
	Área de Parqueaderos											

CONDICIONES GENERALES DEL ESTABLECIMIENTO

Estructura General	Si	No	Observaciones
Pisos: lisos, antideslizantes de fácil limpieza, sin barreras arquitectónicas			
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. Estructura y materiales resistentes.			
Instalaciones Generales del Establecimiento	**SI**	**No**	
Rótulo con la Razón Social			
Accesos internos y externos diferenciados			
Baño/Batería sanitaria			
Ventilación artificial o natural			
Lavamanos normales en áreas de procedimientos			
Sistema de Computo en red			
Abastecimiento de agua potable o segura/ cisterna			
Desague de aguas lluvias / aguas sanitarias			
Generador eléctrico en funcionamiento			
Eléctricas			

GESTIÓN DE DESECHOS		SI	No	Observaciones
Manejo de desechos	¿Está conformado el Comité, o existe un responsable para la 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			

DOCUMENTOS	Sí	No	NORMAS DE SEGURIDAD	Si	No	Observaciones
Títulos de los profesionales de la salud registrados en el MSP			Equipos de protección personal			
Procedimiento de limpieza y desinfección de las áreas						
Procedimiento de limpieza y desinfección de los equipos y mobiliario						
Programa de mantenimiento de equipos						

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*

OBSERVACIONES: _____