

**Intendencia de Prestadores de Salud**

**Subdepartamento de Fiscalización en Calidad**

**INFORME DE ACREDITACIÓN PARA PRESTADORES INSTITUCIONALES DE ATENCIÓN CERRADA**

**PRESTADOR EVALUADO**

Nombre Prestador:

RUT Prestador:

Nombre Representante Legal:

Nombre Director Técnico:

**ENTIDAD ACREDITADORA**

Nombre Entidad:

RUT Entidad:

Nombre Representante Legal:

**DATOS DEL PROCESO DE ACREDITACIÓN**

Número de solicitud:

Fecha de inicio de la evaluación:

Período de retrospectividad evaluado:

Fecha de término de la evaluación:

Fecha de emisión del informe:

Fecha de emisión de informe corregido:

Estándar Evaluado: Estándar General de Acreditación para Prestadores Institucionales de Atención Cerrada

**PERSONAL DE LA ENTIDAD ACREDITADORA QUE PARTICIPÓ EN EL PROCESO DE ACREDITACIÓN**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **NOMBRE COMPLETO** | **PROFESIÓN** | **CARGO EN LA ENTIDAD** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**PERSONAL DEL PRESTADOR QUE PARTICIPÓ EN EL PROCESO DE ACREDITACIÓN**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **NOMBRE COMPLETO** | **PROFESIÓN** | **CARGO EN EL PRESTADOR** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

|  |
| --- |
| **PROCEDIMIENTOS ESTABLECIDOS PARA LA EVALUACIÓN** |
| **Describir brevemente los procedimientos establecidos por la Entidad:**   1. **Etapa de preparación de la Entidad previo al proceso de acreditación**  * Solicitud de antecedentes del prestador a la SIS: * Reunión con el prestador previo al proceso: (registrar fecha y temas tratados, otros. Solo sí fue realizada) * Conformación y Organización del equipo de evaluadores: * Cronograma de evaluación: * Metodología de evaluación a utilizar durante la evaluación en terreno:  1. **Proceso de Acreditación en el Prestador**  * Aspectos generales de la reunión de inicio: * Retrospectividad de la Evaluación: * Interlocutor válido establecido: * Aspectos generales de Reuniones extraordinarias: (Solo si se realizaron) * Consultas realizadas a la SIS: * Fiscalización a la Entidad de la Unidad de Fiscalización en Calidad: * Aspectos generales tratados en la Reunión de Cierre:  1. **Elaboración de Informe**  * Visita al prestador posterior a la evaluación en terreno: (registrar procedimientos previos de programación de la visita, coordinación y características evaluadas) * Documentos solicitados posterior al proceso de evaluación en terreno: * Procedimiento de elaboración de Informe de Acreditación: * Cambio de estado en el SIA: |

**UNIDADES Y SERVICIOS CLÍNICOS DEL PRESTADOR**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **UNIDAD O SERVICIO** | **UBICACIÓN - DIRECCIÓN** | **Diferencia con Autorización Sanitaria** |
| Anatomía Patológica |  |  |
| Atención de Donantes |  |  |
| Banco de Sangre |  |  |
| Cardiovascular Pediatría |  |  |
| Cirugía Hombres |  |  |
| Cirugía Infantil |  |  |
| Cirugía Mujeres |  |  |
| Consultas Ambulatorias Adultos |  |  |
| Consultas Ambulatorias Pediatría |  |  |
| Dental |  |  |
| Diálisis |  |  |
| Endoscopía |  |  |
| Esterilización |  |  |
| Farmacia |  |  |
| Hemodinamia |  |  |
| Imagenología |  |  |
| Intermedio Adultos |  |  |
| Intermedio Pediatría |  |  |
| Kinesioterapia y Rehabilitación |  |  |
| Laboratorio |  |  |
| Medicina Hombres |  |  |
| Medicina Mujeres |  |  |
| Medicina Transfusional |  |  |
| Neonatología |  |  |
| Obstetricia-Ginecología |  |  |
| Oncología Adulto (QMT) |  |  |
| Oncología Infantil (QMT) |  |  |
| Pabellón Cirugía Ambulatoria |  |  |
| Pabellón General |  |  |
| Pabellón Obstetricia-ginecología |  |  |
| Pensionado |  |  |
| Psiquiatría |  |  |
| Radioterapia |  |  |
| Traumatología |  |  |
| Unidad Coronaria |  |  |
| UPC Adulto |  |  |
| UPC Cardiovascular |  |  |
| UPC Neonatología |  |  |
| UPC Pediatría |  |  |
| Urgencia Adultos |  |  |
| Urgencia Escolar |  |  |
| Urgencia Infantil |  |  |
| Urgencia Obstetricia-Ginecología |  |  |
| Vacunatorio |  |  |
| Otros (Especificar) |  |  |

**PUNTOS DE VERIFICACIÓN QUE NO APLICAN**

|  |  |
| --- | --- |
| **Punto de verificación** | **FUNDAMENTO DE LA NO APLICABILIDAD** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

**UNIDADES O SERVICIOS QUE COMPONEN EL PUNTO DE VERIFICACIÓN**

|  |  |
| --- | --- |
| **Punto de verificación** | **UNIDADES Y/O SERVICIOS QUE LO COMPONEN** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

**EVALUACIÓN DE LAS CARACTERÍSTICAS DEL ESTÁNDAR DE ACREDITACIÓN**

**CARACTERÍSTICAS QUE NO LE APLICAN AL PRESTADOR**

|  |  |
| --- | --- |
| **Característica** | **FUNDAMENTO DE LA NO APLICABILIDAD** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

**DESCRIPCIÓN DE LAS CARACTERÍSTICAS EVALUADAS QUE LE APLICAN AL PRESTADOR**

**ÁMBITO DIGNIDAD DEL PACIENTE (DP)**

**CARACTERÍSTICA DP 1.1 / HALLAZGOS**

**DP 1.1 – Primer y segundo elemento medible:** Verifica existencia de carta de derechos y deberes de los pacientes instruida Resolución Exenta N°138, de febrero de 2021, que determina el contenido del afiche del derecho a atención preferente y actualiza el contenido de la carta de derechos y deberes de las personas en relación con la atención de salud.

|  |
| --- |
| **Sector de Acceso Principal** |
| Se verifica existencia de la carta de derechos (**SI/NO):** |
| Se verifica existencia del afiche de atención preferente (**SI/NO):** |
| Lugar en donde se verifica: |

**CARACTERÍSTICA DP 1.1 / FUNDAMENTOS**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Sector de Acceso Principal | **Umbral de la característica: SI** | Cumple: |

**CARACTERÍSTICA DP 1.2 / HALLAZGOS**

**DP 1.2 – Primer elemento medible:** Se describe en un documento de carácter institucional el procedimiento de gestión de reclamos.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Dirección o Gerencia** | | | |
| Nombre del documento: | | | |
| N° Resolución: | Versión: | | Fecha: |
| Elaborado por: | | Aprobado por: | |
| Carácter institucional: | Fecha vigencia: | | N° páginas: |
| Breve descripción del contenido del documento: | | | |

**DP 1.2 – Segundo elemento medible:** Existe un análisis global de los reclamos que considera al menos: evaluación por áreas, causas principales y oportunidad de respuesta.

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Dirección o Gerencia** | | | | | | | |
| Nombre del documento: | | | | | | | |
| Elaborado por: | | | | Aprobado por: | | | |
| **Considera (SI/NO)** | 1. Evaluación por áreas |  | 2. Causas principales | |  | 3. Oportunidad de respuesta |  |
| Breve descripción del contenido del documento: | | | | | | | |

**DP 1.2 – Tercer elemento medible:** Se constata que existe fácil acceso al sistema de formulación de reclamos. \*\*\*

|  |  |
| --- | --- |
| Punto de verificación | Describir acceso al sistema de formulación de reclamos |
| Sectores de Hospitalización (1) |  |
| Sectores de Hospitalización (2) |  |
| Sectores de Hospitalización (3) |  |
| Sectores de Espera de Público (1) |  |
| Sectores de Espera de Público (2) |  |
| Sectores de Espera de Público (3) |  |
| Urgencia |  |

**\*\*\*** Se verificará presencia de libro de reclamos, buzones u otros sistemas para efectuar la formulación del reclamo en cantidad suficiente para asegurar el acceso.

**CARACTERÍSTICA DP 1.2 / FUNDAMENTOS**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Puntaje asignado (0-1-NA)** | Primer elemento medible | | Segundo elemento medible | | Tercer elemento medible | |
| Dirección o Gerencia |  | |  | |  | |
| Sectores de Hospitalización |  | |  | |  | |
| Sectores de Espera de Público |  | |  | |  | |
| Urgencia |  | |  | |  | |
| **Umbral de la característica: 100%** | | Puntaje total: | | Porcentaje obtenido: | | Cumple: |

**CARACTERÍSTICA DP 1.3 / HALLAZGOS**

**DP 1.3- Primer elemento medible:** Se ha designado responsable de la evaluación del respeto de los derechos de los pacientes

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Dirección o Gerencia** | | |
| Documento que formaliza la designación: | | |
| Firmado por: | Fecha: | |
| Nombre responsable: | | Cargo de la designación: |

**DP 1.3 - Segundo elemento medible:** Se ha definido un sistema que evalúa el respeto a los derechos de los pacientes y que incorpora la percepción de éstos.

|  |  |
| --- | --- |
| **Dirección o Gerencia** | |
| Nombre del documento: | |
| Elaborado por: | Aprobado por: |
| Tipo de instrumento de evaluación: | |
| Breve descripción del contenido del documento: | |

**DP 1.3 – Tercer elemento medible:** Existe constancia de que se ha realizado la evaluación periódica.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Dirección o Gerencia** | | |
| Documentos revisados (Encuestas-Informes-Planillas) | Periodo evaluado (Mes / Semestre / trimestre): | Resultado |
|  |  |  |
|  |  |  |

**CARACTERÍSTICA DP 1.3 / FUNDAMENTOS**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Puntaje asignado (0-1-NA)** | Dirección o Gerencia | | 1° EM: | | 2° EM: | 3° EM: | |
| **Umbral de la característica: ≥ 66%** | | Puntaje total: | | Porcentaje obtenido: | | | Cumple: |

**CARACTERÍSTICA DP 2.1 OBLIGATORIA / HALLAZGOS**

**DP 2.1 – Primer elemento medible:** Se describe en documento de carácter institucional los requerimientos y características para el consentimiento informado.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nombre del documento: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| N° Resolución: | | | | | | | | Versión: | | | | | | | | | | | Fecha: | | | | | |
| Elaborado por: | | | | | | | | | | | | | | | Aprobado por: | | | | | | | | | |
| Carácter institucional: | | | | | | | | Fecha vigencia: | | | | | | | | | | | N° páginas: | | | | | |
| **Considera casos en que deber requerirse al menos en: (SI/NO)** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. Cirugías mayores |  | | | 2. Procedimientos de Hemodinamia | | | | | |  | | | | 3. Procedimientos endoscópicos | | | |  | | 4. Procedimientos de Imagenología intervencional | | | |  |
| **Define características del consentimiento escrito (SI /NO)** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. Especifica procedimiento a realizar | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | |
| 2.Define que con la firma del paciente o familiar recibieron de parte de quien realizará el procedimiento la información de: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| a). Objetivo de la intervención | | | | | | |  | | | | b). Características | | | | | | | |  | | | c). Potenciales riesgos | |  |
| 3. El consentimiento informado debe registrar al menos: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| d). Nombre y firma del paciente | | |  | | e). Nombre y firma del profesional responsable del procedimiento | | | | | | | | | | | |  | | | | f). Fecha de obtención del consentimiento | | |  |
| 4. El documento describe al menos los siguientes procedimientos: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| g). Procedimiento de obtención del CI, con la definición del responsable. | | | | | | | | |  | | | | h). Procedimiento para menores de edad, personas con dificultades de entendimiento, o alteración de conciencia | | | | | | | | | | |  |
| Breve descripción del contenido del documento: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Puntos de verificación en los que se constata el documento: SI/NO/NA** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Dirección o Gerencia | | Cirugía Adulto | | | | Cirugía Infantil | | | | | | Subespecialidades Quirúrgicas | | | | API | | | | PRO Endoscópico | | | Hemodinamia | |
|  | |  | | | |  | | | | | |  | | | |  | | | |  | | |  | |

**DP 2.1 – Segundo elemento medible:** Se constata uso de consentimiento informado con los elementos definidos en este instrumento, para cirugías mayores, procedimientos endoscópicos, procedimientos de Hemodinamia y de Imagenología intervencional realizadas en la institución.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Punto verificación | Metodología de Constatación | | |
| Cirugía Adulto |  | | |
| Cirugía infantil |  | | |
| Sub Especialidad Qx. |  | | |
| API |  | | |
| PRO Endoscópicos |  | | |
| Hemodinamia |  | | |
| Punto verificación | N° Consentimientos Revisados | N° Consentimientos Cumplen | % Cumplimiento |
| Cirugía Adulto |  |  |  |
| Cirugía infantil |  |  |  |
| Sub Especialidad Qx. |  |  |  |
| API |  |  |  |
| PRO Endoscópico |  |  |  |
| Hemodinamia |  |  |  |

**CARACTERÍSTICA DP 2.1 OBLIGATORIA / FUNDAMENTOS**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Puntaje asignado (0-1-NA)** | Dirección | Cir. Ad. | Cir. Infant. | Sub. Esp. Qx. | API | PRO Endos. | | Hemodinámia |
| 1° elemento medible |  |  |  |  |  |  | |  |
| 2° elemento medible |  |  |  |  |  |  | |  |
| **Umbral de la característica: ≥ 80%** | | Puntaje total: | | Porcentaje obtenido: | | | Cumple: | |

**CARÁCTERÍSTICA DP 3.1 / HALLAZGOS**

**DP 3.1 – Primer elemento medible:** Se describe en documento de carácter institucional la obligación de someter a aprobación ética todas las investigaciones en seres humanos en las que participa la institución\*.

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Dirección o Gerencia** | | | | | | |
| **(1) El Prestador realiza investigaciones en seres humanos (SI/NO/NA):** | | | | | | |
| Nombre del documento: | | | | | | |
| N° Resolución: | Versión: | | | | Fecha: | |
| Elaborado por: | | | | Aprobado por: | | |
| Carácter institucional: | Fecha vigencia: | | | | N° páginas: | |
| Breve descripción del contenido del documento: | | | | | | |
| **(2) El Prestador define como política no realizar investigaciones en seres humanos (SI/NO/NA):** | | | | | | |
| Nombre del documento de formalización: | | | | | | |
| N° Resolución: | | | Fecha: | | | |
| Elaborado por: | | | | Aprobado por: | | |
| Carácter institucional: | Fecha vigencia: | | | | N° páginas: | |
| Breve descripción del contenido del documento: | | | | | | |
| **Se constata conocimiento de los profesionales médicos respecto de la política (2):** | | | | | | |
| N° de médicos consultados | |  | | N° de médicos que conocen la política | |  |

(1) o (2), según corresponda.

**DP 3.1 – Segundo elemento medible:** Se constatan registros de investigaciones realizadas en la institución, aprobadas por un comité de ética y autorizadas por el prestador.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Dirección o Gerencia** | | | | | |
| Existe registro de los casos sometidos a investigación: | | | | | |
| N° Casos revisados |  | N° Casos aprobados por Comité de Ética |  | N° Casos aprobados por el Prestador |  |
| Descripción de los hallazgos: | | | | | |

**DP 3.1 – Tercer elemento medible:** Se constata: conocimiento de dicha obligación, en al menos 90% de los profesionales médicos entrevistados.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **General** | | |
| N° Médicos(as) Entrevistados(as) | N° Respuestas Correctas | % Cumplimiento |
|  |  |  |

\* Aplica a todos los prestadores, realicen o no investigaciones de acuerdo a su política.

**CARACTERÍSTICA DP 3.1 / FUNDAMENTOS**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Puntaje asignado (0-1-NA)** | 1° elemento medible | | 2° elemento medible | | 3° elemento medible | |
| Dirección o Gerencia |  | |  | |  | |
| General |  | |  | |  | |
| **Umbral de la característica: ≥ 66%** | | Puntaje total: | | Porcentaje obtenido: | | Cumple: |

**CARACTERÍSTICA DP 4.1 / HALLAZGOS**

**DP 4.1 – Primer elemento medible:** Existe convenio docente asistencial que cumple con al menos los siguientes requisitos:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Convenio 1 - Dirección o Gerencia** | | | | | | | | | | | |
| Nombre del documento: | | | | | | | | | | | |
| Institución con la que se celebra convenio: | | | | | | | | | | | |
| Versión: | Fecha Elaboración: | | | | | Fecha vigencia: | | | | N° páginas: | |
| Aprobado por Director de Servicio de Salud y/o Director del Establecimiento: | | | | | | | | | | | |
| Firmado por: | | | | |  | | | | | | |
| **El documento define explícitamente: (SI/NO):** | | | | | | | | | | | |
| 1. Proteger la seguridad de los pacientes | | |  | 2. Proteger los derechos de los pacientes | | |  | 3. Precedencia de la actividad asistencial sobre la docente | | |  |
| Breve descripción del contenido del documento: | | | | | | | | | | | |
| **Convenio 2 - Dirección o Gerencia** | | | | | | | | | | | |
| Nombre del documento: | | | | | | | | | | | |
| Institución con la que se celebra convenio: | | | | | | | | | | | |
| Versión: | | Fecha: | | | Fecha vigencia: | | | | N° páginas: | | |
| Aprobado por Director de Servicio de Salud y/o Director del Establecimiento: | | | | | | | | | | | |
| Firmado por: | | | | |  | | | | | | |
| **El documento define explícitamente (SI/NO):** | | | | | | | | | | | |
| 1. Proteger la seguridad de los pacientes | | |  | 2. Proteger los derechos de los pacientes | | |  | 3. Precedencia de la actividad asistencial sobre la docente | | |  |
| Breve descripción del contenido del documento: | | | | | | | | | | | |

**CARACTERÍSTICA DP 4.1 / FUNDAMENTOS**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Puntaje asignado (0-1-NA)** | Dirección o Gerencia | | 1° elemento medible: | |
| **Umbral de la característica: 100%** | Puntaje total: | Porcentaje obtenido: | | Cumple: |

**CARACTERÍSTICA DP 4.2 / HALLAZGOS**

**DP 4.2 – Primer elemento medible:** Se han establecido los procedimientos y/o actividades que pueden ejecutar los alumnos según carrera y nivel de formación.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Dirección o Gerencia** | | | |
| Nombre del documento: | | | |
| Institución en convenio: | | | |
| Versión: | Fecha: | Fecha vigencia: | N° páginas: |
| Elaborado por: | | Firmado por: | |
| Carrera: | Nivel: | Procedimientos y/o actividades establecidas: | |
|  |  |  | |
|  |  |  | |
| **PQ** | | | |
| Nombre del documento: | | | |
| Institución en convenio: | | | |
| Versión: | Fecha: | Fecha vigencia: | N° páginas: |
| Elaborado por: | | Firmado por: | |
| Carrera: | Nivel: | Procedimientos y/o actividades establecidas: | |
|  |  |  | |
|  |  |  | |
| **Medicina** | | | |
| Nombre del documento: | | | |
| Institución en convenio: | | | |
| Versión: | Fecha: | Fecha vigencia: | N° páginas: |
| Elaborado por: | | Firmado por: | |
| Carrera: | Nivel: | Procedimientos y/o actividades establecidas: | |
|  |  |  | |
|  |  |  | |
| **Pediatría** | | | |
| Nombre del documento: | | | |
| Institución en convenio: | | | |
| Versión: | Fecha: | Fecha vigencia: | N° páginas: |
| Elaborado por: | | Firmado por: | |
| Carrera: | Nivel: | Procedimientos y/o actividades establecidas: | |
|  |  |  | |
| **Obstetricia** | | | |
| Nombre del documento: | | | |
| Institución en convenio: | | | |
| Versión: | Fecha: | Fecha vigencia: | N° páginas: |
| Elaborado por: | | Firmado por: | |
| Carrera: | Nivel: | Procedimientos y/o actividades establecidas: | |
|  |  |  | |
|  |  |  | |
| **Urgencia** | | | |
| Nombre del documento: | | | |
| Institución en convenio: | | | |
| Versión: | Fecha: | Fecha vigencia: | N° páginas: |
| Elaborado por: | | Firmado por: | |
| Carrera: | Nivel: | Procedimientos y/o actividades establecidas: | |
|  |  |  | |
|  |  |  | |

**DP 4.2 – Segundo elemento medible:** Se ha definido nivel de Supervisión Institucional requerido en cada caso.

|  |  |
| --- | --- |
| Punto | Describir nivel de supervisión |
| PQ |  |
| Medicina |  |
| Pediatría |  |
| Obstetricia |  |
| Urgencia |  |

**DP 4.2 – Tercer elemento medible:** Se documenta programa de supervisión de las prácticas clínicas relevantes ejecutadas por los alumnos.

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **PQ** | | | | | | |
| Nombre del documento: | | | | | | |
| Fecha: | Versión: | | Fecha vigencia: | | | N° páginas: |
| Elaborado por: | | | Firmado por: | | | |
| Institución(es) en convenio | | Carrera(s)/ Nivel(es) de formación | | Prácticas clínicas relevantes | | |
|  | |  | |  | | |
|  | |  | |  | | |
|  | |  | |  | | |
| Breve descripción del programa de supervisión: | | | | | | |
| **Medicina** | | | | | | |
| Nombre del documento: | | | | | | |
| Fecha: | Versión: | | Fecha vigencia: | | N° páginas: | |
| Elaborado por: | | | Firmado por: | | | |
| Institución(es) en convenio | | Carrera(s)/ Nivel(es) de formación | | Prácticas clínicas relevantes | | |
|  | |  | |  | | |
|  | |  | |  | | |
|  | |  | |  | | |
| Breve descripción del programa de supervisión: | | | | | | |
| **Pediatría** | | | | | | |
| Nombre del documento: | | | | | | |
| Fecha: | Versión: | | Fecha vigencia: | | N° páginas: | |
| Elaborado por: | | | Firmado por: | | | |
| Institución(es) en convenio | | Carrera(s)/ Nivel(es) de formación | | Prácticas clínicas relevantes | | |
|  | |  | |  | | |
|  | |  | |  | | |
|  | |  | |  | | |
| Breve descripción del programa de supervisión: | | | | | | |
| **Obstetricia** | | | | | | |
| Nombre del documento: | | | | | | |
| Institución en convenio: | | | | | | |
| Fecha: | Versión: | | Fecha vigencia: | | N° páginas: | |
| Elaborado por: | | | Firmado por: | | | |
| Institución(es) en convenio | | Carrera(s)/ Nivel(es) de formación | | Prácticas clínicas relevantes | | |
|  | |  | |  | | |
|  | |  | |  | | |
|  | |  | |  | | |
| Breve descripción del programa de supervisión: | | | | | | |
| **Urgencia** | | | | | | |
| Nombre del documento: | | | | | | |
| Fecha: | Versión: | | Fecha vigencia: | | N° páginas: | |
| Elaborado por: | | | Firmado por: | | | |
| Institución(es) en convenio | | Carrera(s)/ Nivel(es) de formación | | Prácticas clínicas relevantes | | |
|  | |  | |  | | |
|  | |  | |  | | |
|  | |  | |  | | |

**DP 4.2 – Cuarto elemento medible:** Existe constancia de que se ha ejecutado la evaluación periódica.

|  |  |
| --- | --- |
| Punto | Describir la evaluación periódica constatada, según corresponda en: |
| PQ |  |
| Medicina |  |
| Pediatría |  |
| Obstetricia |  |
| Urgencia |  |

**CARACTERÍSTICA DP 4.2 / FUNDAMENTOS**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Puntaje asignado (0-1-NA)** | Dirección | | PQ | Medicina | | Pediatría | Obstetricia | | Urgencia |
| Primer elemento medible |  | |  |  | |  |  | |  |
| Segundo elemento medible |  | |  |  | |  |  | |  |
| Tercer elemento medible |  | |  |  | |  |  | |  |
| Cuarto elemento medible |  | |  |  | |  |  | |  |
| **Umbral de la característica: ≥ 75%** | | Puntaje total: | | | Porcentaje obtenido: | | | Cumple: | |

**CARACTERÍSTICA DP 5.1 / HALLAZGOS**

**DP 5.1 – Primer elemento medible:** Se constata identificación formal del Comité de Ética del que dispone o al que puede acceder el prestador.

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Dirección o Gerencia** | | | | | | |
| **Describa (SI/NO/NA)** | | | | | | |
| 1. Comité de ética del Prestador |  | | 1. Comité de ética externo al que accede el Prestador | | |  |
| Documento formal que identifica al comité de ética del prestador o su adscripción a otro prestador: | | | | | | |
| Fecha del documento: | | | | Firmado por: | | |
| Carácter institucional: | | Fecha vigencia: | | | N° páginas: | |
| Breve descripción del contenido del documento: | | | | | | |

**DP 5.1 – Segundo elemento medible:** Se describen en documento de carácter institucional las situaciones que deben someterse a evaluación ética y el procedimiento para la presentación de casos a dicho Comité.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Dirección o Gerencia** | | | | | | | | |
| Nombre del documento: | | | | | | | | |
| N° Resolución: | | | Versión: | | | | Fecha: | |
| Elaborado por: | | | | Aprobado por: | | | | |
| Carácter institucional: | | | Fecha vigencia: | | | | N° páginas: | |
| **Describe (SI/NO)** |  | | | | | | |
| 1. Situaciones que deben someterse al comité de ética | | | |  | 2. Procedimiento para la presentación | |  |
| Breve descripción del contenido del documento: | | | | | | | |

**DP 5.1 – Tercer elemento medible:** Se constatan registros de casos sometidos al comité de ética.

|  |  |
| --- | --- |
| **Dirección o Gerencia** | |
| Describir constatación de los hallazgos de los registros: | |
| Nombre del documento(s) o registro(s) constatado(s): | Fecha: |

**DP 5.1 – Cuarto elemento medible:** Se constata: conocimiento del procedimiento para acceder a Comité de Ética en al menos 90% de profesionales médicos(as) entrevistados(as).

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Unidad o Servicio | N° entrevistas | N° respuestas correctas | % cumplimiento |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| **Total** |  |  |  |

**CARACTERÍSTICA DP 5.1 / FUNDAMENTOS**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Puntaje asignado (0-1-NA)** | 1° EM: | | 2° EM: | | 3° EM: | 4° EM: | |
| Dirección o Gerencia |  | |  | |  |  | |
| General |  | |  | |  |  | |
| **Umbral de la característica: ≥ 75%** | | Puntaje total: | | Porcentaje obtenido: | | | Cumple: |

**ÁMBITO GESTIÓN DE LA CALIDAD (CAL)**

**CARACTERÍSTICA CAL 1.1 OBLIGATORIA / HALLAZGOS**

**CAL 1.1 - Primer elemento medible:** Existe un documento de carácter institucional que describe la política de calidad de la Institución.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Dirección o Gerencia** | | | |
| Nombre del documento: | | | |
| N° Resolución: | Versión: | | Fecha: |
| Elaborado por: | | Aprobado por: | |
| Carácter institucional: | Fecha vigencia: | | N° páginas: |
| Breve descripción del contenido del documento: | | | |

**CAL 1.1 - Segundo elemento medible:** Existe un profesional a cargo del Programa de Calidad nivel institucional.

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Dirección o Gerencia** | | | | | | | |
| Documento que formaliza designación: | | | | | | | |
| Firmado Por: | | | | Fecha: | | | |
| Nombre del responsable: | | Profesión: | | | | Cargo de la designación: | |
| **Cargo, específica: (SI/NO)** | Funciones | |  | | N° de horas asignadas | |  |
| Breve descripción del contenido del documento: | | | | | | | |

**CAL 1.1 - Tercer elemento medible:** Cuenta con un programa de calidad que incorpora un sistema de evaluación anual de los aspectos más relevantes relacionados con la seguridad de los pacientes.

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Dirección o Gerencia** | | | | | | |
| Nombre del documento: | | | | | | |
| Fecha de elaboración: | | | | | Fecha vigencia: | |
| Elaborado por: | | | | | Aprobado por: | |
| Años evaluados: |  | | | | | |
| **Incluye (SI/NO)** | | 1. Sistema de evaluación anual |  | 2. Aspectos relevantes para la seguridad de pacientes | |  |
| Breve descripción del contenido del documento: | | | | | | |

**CAL 1.1 - Cuarto elemento medible:** Existe un informe que da cuenta de la evaluación anual, que incluye un análisis de los resultados obtenidos. \*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Dirección o Gerencia** | | |
| Nombre del documento: | | |
| Fecha de elaboración: | | |
| Elaborado por: | | Firmado por: |
| Años evaluados: | Incluye análisis de los resultados obtenidos **(SI/NO)**: | |
| Breve descripción del contenido del documento: | | |

**CARACTERÍSTICA CAL 1.1 OBLIGATORIA / FUNDAMENTOS**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Puntaje asignado (0-1-NA)** | Dirección o Gerencia | | 1° EM: | | 2° EM: | 3° EM: | | 4° EM: |
| **Umbral de la característica:100%** | | Puntaje total: | | Porcentaje obtenido: | | | Cumple: | |

**CARACTERÍSTICA CAL 1.2 OBLIGATORIA / HALLAZGOS**

**CAL 1.2 - Primer elemento medible:** Se ha designado responsable de dirigir y coordinar las actividades de mejoría continua de la calidad en cada uno de los servicios clínicos y de apoyo.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **PQ** | | | |
| Documento que oficializa la designación: | | | |
| N° Resolución: | Fecha: | | Firmado por: |
| Nombre del responsable: | | Cargo de la designación: | |
| **UPC Ad.** | | | |
| Documento que oficializa la designación: | | | |
| N° Resolución: | Fecha: | | Firmado por: |
| Nombre del responsable: | | Profesión: | |
| **UPC Ped.** | | | |
| Documento que oficializa la designación: | | | |
| N° Resolución: | Fecha: | | Firmado por: |
| Nombre del responsable: | | Cargo de la designación: | |
| **UPC Neo** | | | |
| Documento que oficializa la designación: | | | |
| N° Resolución: | Fecha: | | Firmado por: |
| Nombre del responsable: | | Cargo de la designación: | |
| **Med** | | | |
| Documento que oficializa la designación: | | | |
| N° Resolución: | Fecha: | | Firmado por: |
| Nombre del responsable: | | Cargo de la designación: | |
| **Cir. Adulto** | | | |
| Documento que oficializa la designación: | | | |
| N° Resolución: | Fecha: | | Firmado por: |
| Nombre del responsable: | | Cargo de la designación: | |
| **Cir. Infantil** | | | |
| Documento que oficializa la designación: | | | |
| N° Resolución: | Fecha: | | Firmado por: |
| Nombre del responsable: | | Cargo de la designación: | |
| **Ped.** | | | |
| Documento que oficializa la designación: | | | |
| N° Resolución: | Fecha: | | Firmado por: |
| Nombre del responsable: | | Cargo de la designación: | |
| **Neo** | | | |
| Documento que oficializa la designación: | | | |
| N° Resolución: | Fecha: | | Firmado por: |
| Nombre del responsable: | | Cargo de la designación: | |
| **Obst-gine** | | | |
| Documento que oficializa la designación: | | | |
| N° Resolución: | Fecha: | | Firmado por: |
| Nombre del responsable: | | Cargo de la designación: | |
| **URG** | | | |
| Documento que oficializa la designación: | | | |
| N° Resolución: | Fecha: | | Firmado por: |
| Nombre del responsable: | | Cargo de la designación: | |
| **APL** | | | |
| Documento que oficializa la designación: | | | |
| N° Resolución: | Fecha: | | Firmado por: |
| Nombre del responsable: | | Cargo de la designación: | |
| **APF** | | | |
| Documento que oficializa la designación: | | | |
| N° Resolución: | Fecha: | | Firmado por: |
| Nombre del responsable: | | Cargo de la designación: | |
| **APE** | | | |
| Documento que oficializa la designación: | | | |
| N° Resolución: | Fecha: | | Firmado por: |
| Nombre del responsable: | | Cargo de la designación: | |
| **APD** | | | |
| Documento que oficializa la designación: | | | |
| N° Resolución: | Fecha: | | Firmado por: |
| Nombre del responsable: | | Cargo de la designación: | |
| **APR** | | | |
| Documento que oficializa la designación: | | | |
| N° Resolución: | Fecha: | | Firmado por: |
| Nombre del responsable: | | Cargo de la designación: | |
| **APA** | | | |
| Documento que oficializa la designación: | | | |
| N° Resolución: | Fecha: | | Firmado por: |
| Nombre del responsable: | | Cargo de la designación: | |
| **APQ** | | | |
| Documento que oficializa la designación: | | | |
| N° Resolución: | Fecha: | | Firmado por: |
| Nombre del responsable: | | Cargo de la designación: | |
| **API** | | | |
| Documento que oficializa la designación: | | | |
| N° Resolución: | Fecha: | | Firmado por: |
| Nombre del responsable: | | Cargo de la designación: | |
| **APDs/ APCs/ APTr** | | | |
| Documento que oficializa la designación: | | | |
| N° Resolución: | Fecha: | | Firmado por: |
| Nombre del responsable: | | Cargo de la designación: | |

**CAL 1.2 - Segundo elemento medible:** Metas de calidad anual por Unidad (relacionadas con la seguridad de los pacientes).

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **PQ** | | |
| Nombre documento de metas: | | |
| Metas aprobadas por: | | |
| Registrar metas de la Unidad por año: | | |
| **UPC Ad.** | | |
| Nombre documento de metas: | | |
| Metas aprobadas por: | | |
| Registrar metas de la Unidad por año: | | |
| **UPC Ped.** | | |
| Nombre documento de metas: | | |
| Metas aprobadas por: | | |
| Registrar metas de la Unidad por año: | | |
| **UPC Neo** | | |
| Nombre documento de metas: | | |
| Metas aprobadas por: | | |
| Registrar metas de la Unidad por año: | | |
| **Med.** | | |
| Nombre documento de metas: | | |
| Metas aprobadas por: | | |
| Registrar metas de la Unidad por año: | | |
| **Cir. Adulto** | | |
| Nombre documento de metas: | | |
| Metas aprobadas por: | | |
| Registrar metas de la Unidad por año: | | |
| **Cir. Infantil** | | |
| Nombre documento de metas: | | |
| Metas aprobadas por: | | |
| Registrar metas de la Unidad por año: | | |
| **Ped.** | | |
| Nombre documento de metas: | | |
| Metas aprobadas por: | | |
| Registrar metas de la Unidad por año: | | |
| **Neo** | | |
| Nombre documento de metas: | | |
| Metas aprobadas por: | | |
| Registrar metas de la Unidad por año: | | |
| **Obst-Gine** | | |
| Nombre documento de metas | | |
| Metas aprobadas por: | | |
| Registrar metas de la Unidad por año: | | |
| **URG** | | |
| Nombre documento de metas: | | |
| Metas aprobadas por: | | |
| Registrar metas de la Unidad por año: | | |
| **APL** | | |
| Nombre documento de metas: | | |
| Metas aprobadas por: | | |
| Registrar metas de la Unidad por año: | | |
| **APF** | | |
| Nombre documento de metas: | | |
| Metas aprobadas por: | | |
| Registrar metas de la Unidad por año: | | |
| **APE** | | |
| Nombre documento de metas: | | |
| Metas aprobadas por: | | |
| Metas aprobadas por: |  |  |
| Registrar metas de la Unidad por año: | | |
| **APD** | | |
| Nombre documento de metas: | | |
| Metas aprobadas por: | | |
| Registrar metas de la Unidad por año: | | |
| **APR** | | |
| Nombre documento de metas: | | |
| Metas aprobadas por: | | |
| Registrar metas de la Unidad por año: | | |
| **APA** | | |
| Nombre documento de metas: | | |
| Metas aprobadas por: | | |
| Registrar metas de la Unidad por año: | | |
| **APQ** | | |
| Nombre documento de metas: | | |
| Metas aprobadas por: | | |
| Registrar metas de la Unidad por año: | | |
| **API** | | |
| Nombre documento de metas: | | |
| Metas aprobadas por: | | |
| Registrar metas de la Unidad por año: | | |
| **APDs/APCs/APTr** | | |
| Nombre documento de metas: | | |
| Metas aprobadas por: | | |
| Registrar metas de la Unidad por año: | | |
| General (Registrar si todas las metas presentadas en todas las Unidades tienen relación con la seguridad de los pacientes): | | |

**CARACTERÍSTICA CAL 1.2 OBLIGATORIA / FUNDAMENTOS**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Pje. asig.** | PQ | UPC AD | UPC PED | UPC Neo | MED | Cir  Adulto | Cir Infantil | PED | NEO | Obs Gine | | URG | APL | APF | APE | APD | APR | APA | | APQ | API | APDs  APCs  APTr |
| 1° EM |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |
| 2° EM |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |
| **Umbral de la característica: ≥ 80%** | | | | | | | Puntaje total: | | | | Porcentaje obtenido: | | | | | | | | Cumple: | | | |

**ÁMBITO GESTIÓN CLÍNICA (GCL)**

**CARACTERÍSTICA GCL 1.1 OBLIGATORIA / HALLAZGOS**

**GCL 1.1 - Primer elemento medible:** Se describe en un documento de carácter institucional el procedimiento de evaluación pre anestésica que considera anestesia general y regional y se han definido los responsables de su aplicación.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nombre del documento: | |  | | | | | | | | | | | |
| N° Resolución: | | | | Versión: | | | | | Fecha: | | | | |
| Elaborado por: | | | | | | | Aprobado por: | | | | | | |
| Carácter institucional: | | | | Fecha vigencia: | | | | | N° páginas: | | | | |
| **Considera (SI/NO)** | 1. Anestesia general | | | |  | 2. Anestesia regional | |  | | 3. Responsable de la aplicación | |  | |
| Breve descripción del contenido del documento: | | | | | | | | | | | | | |
| **Se constata el documento descrito en los siguientes puntos de verificación: SI/NO/NA** | | | | | | | | | | | | |
| Pabellón Quirúrgico General | | | Pabellón Quirúrgico Obstetricia-ginecología | | | | | | | | Pabellón de Cirugía Mayor Ambulatoria | |
|  | | |  | | | | | | | |  | |

**GCL 1.1 - Segundo elemento medible:** Se ha definido indicador y umbral de cumplimiento.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **PQ General** | | |
| Nombre del indicador |  | |
| Fórmula matemática |  | |
| Umbral de cumplimiento: | | Periodicidad de la evaluación: |
| **PQ Obst - Gine** | | |
| Nombre del indicador |  | |
| Fórmula matemática |  | |
| Umbral de cumplimiento: | | Periodicidad de la evaluación: |
| **Pabellón CMA** | | |
| Nombre del indicador |  | |
| Fórmula matemática |  | |
| Umbral de cumplimiento: | | Periodicidad de la evaluación: |

**GCL 1.1 - Tercer elemento medible:** Existe constancia de que se ha realizado la evaluación periódica.

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **PQ General** | | | | | | |
| Nombre documento |  | | | | | |
| Responsable medición |  | | | | | |
| Fuente primaria |  | | | | | |
| Fuente secundaria |  | | | | | |
| Periodo evaluado |  | | | | | |
| Metodología de medición del prestador |  | | | | | |
| Metodología de constatación: |  | | | | | |
| **Período evaluado** | **Resultados entregados por el Prestador para el periodo evaluado** | | | **Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados** | | |
| Mes/año | Cumplidas | Total | % Cumplimiento | Cumplidas | Total | % Cumplimiento |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| Descripción de los hallazgos: | | | | | | |
| **PQ Obst - Gine** | | | | | | |
| Nombre documento |  | | | | | |
| Responsable medición |  | | | | | |
| Fuente primaria |  | | | | | |
| Fuente secundaria |  | | | | | |
| Periodo evaluado |  | | | | | |
| Metodología de medición del prestador |  | | | | | |
| Metodología de constatación |  | | | | | |
| **Período evaluado** | **Resultados entregados por el prestador para el periodo evaluado** | | | **Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados** | | |
| Mes/año | Cumplidas | Total | % Cumplimiento | Cumplidas | Total | % Cumplimiento |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| Descripción de los hallazgos: | | | | | | |
| **Pabellón CMA** | | | | | | |
| Nombre documento |  | | | | | |
| Responsable medición |  | | | | | |
| Fuente primaria |  | | | | | |
| Fuente secundaria |  | | | | | |
| Periodo evaluado |  | | | | | |
| Metodología de medición del prestador |  | | | | | |
| Metodología de constatación |  | | | | | |
| **Período evaluado** | **Resultados entregados por el prestador para el periodo evaluado** | | | **Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados** | | |
| Mes/año | Cumplidas | Total | % Cumplimiento | Cumplidas | Total | % Cumplimiento |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| Descripción de los hallazgos: | | | | | | |

**GCL 1.1 - Cuarto elemento medible:** Se constata presencia de evaluación pre-anestésica en pacientes intervenidos.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **PQ General** | | |
| Metodología de constatación: | | |
| Atributos de cumplimiento: | | |
| Porcentaje de cumplimiento reportado: | | |
| N° fichas revisadas: | N° fichas que cumplen: | % cumplimiento: |
| **PQ Obst-gine** | | |
| Metodología de constatación: | | |
| Atributos de cumplimiento: | | |
| Porcentaje de cumplimiento reportado: | | |
| N° fichas revisadas: | N° fichas que cumplen: | % cumplimiento: |
| **PQ CMA** | | |
| Metodología de constatación: | | |
| Atributos de cumplimiento: | | |
| Porcentaje de cumplimiento reportado: | | |
| N° fichas revisadas: | N° fichas que cumplen: | % cumplimiento: |

**CARACTERÍSTICA GCL 1.1 OBLIGATORIA / FUNDAMENTOS**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Puntaje asignado (1 - 0 - NA)** | 1° EM | | 2° EM | | 3° EM | 4° EM | |
| PQ General |  | |  | |  |  | |
| PQ Obst-gine |  | |  | |  |  | |
| Pabellón CMA |  | |  | |  |  | |
| **Umbral de la característica: ≥ 75%** | | Puntaje total: | | Porcentaje obtenido: | | | Cumple: |

**CARACTERÍSTICA GCL 1.2 / HALLAZGOS**

**GCL 1.2 – Primer elemento medible:** Se describen en documento (s) los procedimientos de:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Instalación catéter urinario (1)** | | | | | | | | | | | | | | |
| Nombre del documento | | |  | | | | | | | | | | | |
| Fecha elab: | | | | | Fecha vigencia: | | | | | Versión: | | | N° páginas: | |
| Elaborado por: | | | | | | | | Aprobado por: | | | | | | |
| Responsable aplicación: | | | | | | | | | | | | | | |
| Breve descripción del contenido del documento: | | | | | | | | | | | | | | |
| **Manejo de enfermería de pacientes en ventilación mecánica (2)** | | | | | | | | | | | | | | |
| Nombre del documento | | |  | | | | | | | | | | | |
| Fecha elab: | | | | | Fecha vigencia: | | | | | Versión: | | | N° páginas: | |
| Elaborado por: | | | | | | | | Aprobado por: | | | | | | |
| Responsable aplicación: | | | | | | | | | | | | | | |
| Breve descripción del contenido del documento: | | | | | | | | | | | | | | |
| **Manejo de traqueotomía y tubo endotraqueal (3)** | | | | | | | | | | | | | | |
| Nombre del documento | | |  | | | | | | | | | | | |
| Fecha elab: | | | | | Fecha vigencia: | | | | | Versión: | | | N° páginas: | |
| Elaborado por: | | | | | | | | Aprobado por: | | | | | | |
| Responsable aplicación: | | | | | | | | | | | | | | |
| Breve descripción del contenido del documento: | | | | | | | | | | | | | | |
| **Instalación y manejo de vía venosa periférica (4)** | | | | | | | | | | | | | | |
| Nombre del documento | | |  | | | | | | | | | | | |
| Fecha elab: | | | | | Fecha vigencia: | | | | | Versión: | | | N° páginas: | |
| Elaborado por: | | | | | | | | Aprobado por: | | | | | | |
| Responsable aplicación: | | | | | | | | | | | | | | |
| Breve descripción del documento: | | | | | | | | | | | | | | |
| **Manejo de vías venosas centrales (5)** | | | | | | | | | | | | | | |
| Nombre del documento | | |  | | | | | | | | | | | |
| Fecha elab: | | | | | Fecha vigencia: | | | | | Versión: | | | N° páginas: | |
| Elaborado por: | | | | | | | | Aprobado por: | | | | | | |
| Responsable aplicación: | | | | | | | | | | | | | | |
| Breve descripción del contenido del documento: | | | | | | | | | | | | | | |
| **Administración de medicamentos EV (6)** | | | | | | | | | | | | | | |
| Nombre del documento | | |  | | | | | | | | | | | |
| Fecha elab: | | | | | Fecha vigencia: | | | | | Versión: | | | N° páginas: | |
| Elaborado por: | | | | | | | | Aprobado por: | | | | | | |
| Responsable aplicación: | | | | | | | | | | | | | | |
| Breve descripción del contenido del documento: | | | | | | | | | | | | | | |
| **Inmunizaciones y manejo de cadena de frío (7)** | | | | | | | | | | | | | | |
| Nombre del documento | | |  | | | | | | | | | | | |
| Fecha elab: | | | | | Fecha vigencia: | | | | | Versión: | | | N° páginas: | |
| Elaborado por: | | | | | | | | Aprobado por: | | | | | | |
| Responsable aplicación: | | | | | | | | | | | | | | |
| Breve descripción del contenido del documento: | | | | | | | | | | | | | | |
| **Se constata el documento descrito en los siguientes puntos de verificación: SI/NO/NA** | | | | | | | | | | | | | | |
| PQ\*  (1, 4 y 6) | UPC Ad  (1, 2, 3, 4, 5, 6) | UPC Ped  (1, 2, 3, 4, 5, 6) | | UPC Neo  (1, 2, 3, 4, 5, 6, 7) | | Med.  (1, 3, 4, 5, 6) | Ped.  (1, 3, 4, 5, 6) | | Neo  (4, 5, 6, 7) | | Obst-gine  (1, 4, 6) | URG  (1, 4, 6) | | Vacunatorio  (7) |
|  |  |  | |  | |  |  | |  | |  |  | |  |

**GCL 1.2 - Segundo elemento medible:** Se ha definido indicador y umbral de cumplimiento.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **PQ General / Recuperación** | | |
| Nombre del indicador |  | |
| Fórmula matemática |  | |
| Umbral de cumplimiento: | | Periodicidad de la evaluación: |
| **UPC Ad** | | |
| Nombre del indicador |  | |
| Fórmula matemática |  | |
| Umbral de cumplimiento: | | Periodicidad de la evaluación: |
| **UPC Ped** | | |
| Nombre del indicador |  | |
| Fórmula matemática |  | |
| Umbral de cumplimiento: | | Periodicidad de la evaluación: |
| **UPC Neo** | | |
| Nombre del indicador |  | |
| Fórmula matemática |  | |
| Umbral de cumplimiento: | | Periodicidad de la evaluación: |
| **Med** | | |
| Nombre del indicador |  | |
| Fórmula matemática |  | |
| Umbral de cumplimiento: | | Periodicidad de la evaluación: |
| **Ped** | | |
| Nombre del indicador |  | |
| Fórmula matemática |  | |
| Umbral de cumplimiento: | | Periodicidad de la evaluación: |
| **Neo** | | |
| Nombre del indicador |  | |
| Fórmula matemática |  | |
| Umbral de cumplimiento: | | Periodicidad de la evaluación: |
| **Obst-Gine** | | |
| Nombre del indicador |  | |
| Fórmula matemática |  | |
| Umbral de cumplimiento: | | Periodicidad de la evaluación: |
| **URG** | | |
| Nombre del indicador |  | |
| Fórmula matemática |  | |
| Umbral de cumplimiento: | | Periodicidad de la evaluación: |
| **Vacunatorio** | | |
| Nombre del indicador |  | |
| Fórmula matemática |  | |
| Umbral de cumplimiento: | | Periodicidad de la evaluación: |

**GCL 1.2 - Tercer elemento medible:** Existe constancia de que se ha realizado la evaluación periódica.

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **PQ General / Recuperación** | | | | | | |
| Nombre documento |  | | | | | |
| Responsable medición |  | | | | | |
| Fuente primaria |  | | | | | |
| Fuente secundaria |  | | | | | |
| Periodo evaluado |  | | | | | |
| Metodología de medición del prestador |  | | | | | |
| Metodología de constatación |  | | | | | |
| **Período evaluado** | **Resultados entregados por el prestador para el periodo evaluado** | | | **Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados** | | |
| Mes/año | Cumplidas | Total | % Cumplimiento | Cumplidas | Total | % Cumplimiento |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| Descripción de los hallazgos: | | | | | | |
| **UPC Ad** | | | | | | |
| Nombre documento |  | | | | | |
| Responsable medición |  | | | | | |
| Fuente primaria |  | | | | | |
| Fuente secundaria |  | | | | | |
| Periodo evaluado |  | | | | | |
| Metodología de medición del prestador |  | | | | | |
| Metodología de constatación |  | | | | | |
| **Período evaluado** | **Resultados entregados por el prestador para el periodo evaluado** | | | **Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados** | | |
| Mes/año | Cumplidas | Total | % Cumplimiento | Cumplidas | Total | % Cumplimiento |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| Descripción de los hallazgos: | | | | | | |
| **UPC Ped** | | | | | | |
| Nombre documento |  | | | | | |
| Responsable medición |  | | | | | |
| Fuente primaria |  | | | | | |
| Fuente secundaria |  | | | | | |
| Periodo evaluado |  | | | | | |
| Metodología de medición del prestador |  | | | | | |
| Metodología de constatación |  | | | | | |
| **Período evaluado** | **Resultados entregados por el prestador para el periodo evaluado** | | | **Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados** | | |
| Mes/año | Cumplidas | Total | % Cumplimiento | Cumplidas | Total | % Cumplimiento |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| Descripción de los hallazgos: | | | | | | |
| **UPC Neo** | | | | | | |
| Nombre documento |  | | | | | |
| Responsable medición |  | | | | | |
| Fuente primaria |  | | | | | |
| Fuente secundaria |  | | | | | |
| Periodo evaluado |  | | | | | |
| Metodología de medición del prestador |  | | | | | |
| Metodología de constatación |  | | | | | |
| **Período evaluado** | **Resultados entregados por el prestador para el periodo evaluado** | | | **Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados** | | |
| Mes/año | Cumplidas | Total | % Cumplimiento | Cumplidas | Total | % Cumplimiento |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| Descripción de los hallazgos: | | | | | | |
| **Med** | | | | | | |
| Nombre documento |  | | | | | |
| Responsable medición |  | | | | | |
| Fuente primaria |  | | | | | |
| Fuente secundaria |  | | | | | |
| Periodo evaluado |  | | | | | |
| Metodología de medición del prestador |  | | | | | |
| Metodología de constatación |  | | | | | |
| **Período evaluado** | **Resultados entregados por el prestador para el periodo evaluado** | | | **Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados** | | |
| Mes/año | Cumplidas | Total | % Cumplimiento | Cumplidas | Total | % Cumplimiento |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| Descripción de los hallazgos: | | | | | | |
| **Ped.** | | | | | | |
| Nombre documento |  | | | | | |
| Responsable medición |  | | | | | |
| Fuente primaria |  | | | | | |
| Fuente secundaria |  | | | | | |
| Periodo evaluado |  | | | | | |
| Metodología de medición del prestador |  | | | | | |
| Metodología de constatación |  | | | | | |
| **Período evaluado** | **Resultados entregados por el prestador para el periodo evaluado** | | | **Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados** | | |
| Mes/año | Cumplidas | Total | % Cumplimiento | Cumplidas | Total | % Cumplimiento |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| Descripción de los hallazgos: | | | | | | |
| **Neo.** | | | | | | |
| Nombre documento |  | | | | | |
| Responsable medición |  | | | | | |
| Fuente primaria |  | | | | | |
| Fuente secundaria |  | | | | | |
| Periodo evaluado |  | | | | | |
| Metodología de medición del prestador |  | | | | | |
| Metodología de constatación |  | | | | | |
| **Período evaluado** | **Resultados entregados por el prestador para el periodo evaluado** | | | **Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados** | | |
| Mes/año | Cumplidas | Total | % Cumplimiento | Cumplidas | Total | % Cumplimiento |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| Descripción de los hallazgos: | | | | | | |
| **Obst.gine** | | | | | | |
| Nombre documento |  | | | | | |
| Responsable medición |  | | | | | |
| Fuente primaria |  | | | | | |
| Fuente secundaria |  | | | | | |
| Periodo evaluado |  | | | | | |
| Metodología de medición del prestador |  | | | | | |
| Metodología de constatación |  | | | | | |
| **Período evaluado** | **Resultados entregados por el prestador para el periodo evaluado** | | | **Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados** | | |
| Mes/año | Cumplidas | Total | % Cumplimiento | Cumplidas | Total | % Cumplimiento |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| Descripción de los hallazgos: | | | | | | |
| **URG** | | | | | | |
| Nombre documento |  | | | | | |
| Responsable medición |  | | | | | |
| Fuente primaria |  | | | | | |
| Fuente secundaria |  | | | | | |
| Periodo evaluado |  | | | | | |
| Metodología de medición del prestador |  | | | | | |
| Metodología de constatación |  | | | | | |
| **Período evaluado** | **Resultados entregados por el prestador para el periodo evaluado** | | | **Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados** | | |
| Mes/año | Cumplidas | Total | % Cumplimiento | Cumplidas | Total | % Cumplimiento |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| Descripción de los hallazgos: | | | | | | |
| **Vacunatorio** | | | | | | |
| Nombre documento |  | | | | | |
| Responsable medición |  | | | | | |
| Fuente primaria |  | | | | | |
| Fuente secundaria |  | | | | | |
| Periodo evaluado |  | | | | | |
| Metodología de medición del prestador |  | | | | | |
| Metodología de constatación |  | | | | | |
| **Período evaluado** | **Resultados entregados por el prestador para el periodo evaluado** | | | **Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados** | | |
| Mes/año | Cumplidas | Total | % Cumplimiento | Cumplidas | Total | % Cumplimiento |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| Descripción de los hallazgos: | | | | | | |

**CARACTERÍSTICA GCL 1.2 / FUNDAMENTOS**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Puntaje asignado (1-0-N/A)** | PQ | | UPC Ad | UPC Ped | UPC Neo | | Med | Ped. | Neo | Obst-gine | URG | | Vacunatorio |
| Primer elemento medible |  | |  |  |  | |  |  |  |  |  | |  |
| Segundo elemento medible |  | |  |  |  | |  |  |  |  |  | |  |
| Tercer elemento medible |  | |  |  |  | |  |  |  |  |  | |  |
| **Umbral de la característica: ≥ 75%** | | Puntaje total: | | | | Porcentaje obtenido: | | | | | | Cumple: | |

**CARACTERÍSTICA GCL 1.3 / HALLAZGOS**

**GCL 1.3 – Primer Elemento medible:** Se describe en un documento el procedimiento de evaluación y manejo del dolor agudo y se ha definido los responsables de su aplicación.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **PQ / Recuperación** | | | | |
| Nombre del documento: | | | | |
| Fecha elab: | Fecha vigencia: | | Versión: | N° páginas: |
| Elaborado por: | | Aprobado por: | | |
| Responsable aplicación: | | | | |
| Breve descripción del contenido del documento: | | | | |
| **CIR Ad** | | | | |
| Nombre del documento: | | | | |
| Fecha elab: | Fecha vigencia: | | Versión: | N° páginas: |
| Elaborado por: | | Aprobado por: | | |
| Responsable aplicación: | | | | |
| Breve descripción del contenido del documento: | | | | |
| **Traumatología** | | | | |
| Nombre del documento: | | | | |
| Fecha elab: | Fecha vigencia: | | Versión: | N° páginas: |
| Elaborado por: | | Aprobado por: | | |
| Responsable aplicación: | | | | |
| Breve descripción del contenido del documento: | | | | |
| **Obst-gine** | | | | |
| Nombre del documento: | | | | |
| Fecha elab: | Fecha vigencia: | | Versión: | N° páginas: |
| Elaborado por: | | Aprobado por: | | |
| Responsable aplicación: | | | | |
| Breve descripción del contenido del documento: | | | | |

**GCL 1.3 – Segundo elemento medible:** Se ha definido indicador y umbral de cumplimiento.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **PQ / Recuperación** | | |
| Nombre del indicador |  | |
| Fórmula matemática |  | |
| Umbral de cumplimiento: | | Periodicidad de la evaluación: |
| **CIR Ad** | | |
| Nombre del indicador |  | |
| Fórmula matemática |  | |
| Umbral de cumplimiento: | | Periodicidad de la evaluación: |
| **Traumatología** | | |
| Nombre del indicador |  | |
| Fórmula matemática |  | |
| Umbral de cumplimiento: | | Periodicidad de la evaluación: |
| **Obst-gine** | | |
| Nombre del indicador |  | |
| Fórmula matemática |  | |
| Umbral de cumplimiento | | Periodicidad de la evaluación: |

**GCL 1.3 – Tercer elemento medible:** Se verifica constancia de la evaluación periódica.

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **PQ General / Recuperación** | | | | | | | |
| Nombre documento |  | | | | | | |
| Responsable medición |  | | | | | | |
| Fuente primaria |  | | | | | | |
| Fuente secundaria |  | | | | | | |
| Periodo evaluado |  | | | | | | |
| Metodología de medición del prestador |  | | | | | | |
| Metodología de constatación |  | | | | | | |
| **Período evaluado** | | **Resultados entregados por el prestador para el periodo evaluado** | | | **Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados** | | |
| Mes/año | | Cumplidas | Total | % Cumplimiento | Cumplidas | Total | % Cumplimiento |
|  | |  |  |  |  |  |  |
|  | |  |  |  |  |  |  |
|  | |  |  |  |  |  |  |
|  | |  |  |  |  |  |  |
|  | |  |  |  |  |  |  |
|  | |  |  |  |  |  |  |
| Descripción de los hallazgos: | | | | | | | |
| **CIR Ad** | | | | | | | |
| Nombre documento |  | | | | | | |
| Responsable medición |  | | | | | | |
| Fuente primaria |  | | | | | | |
| Fuente secundaria |  | | | | | | |
| Periodo evaluado |  | | | | | | |
| Metodología de medición del prestador |  | | | | | | |
| Metodología de constatación |  | | | | | | |
| **Período evaluado** | | **Resultados entregados por el prestador para el periodo evaluado** | | | **Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados** | | |
| Mes/año | | Cumplidas | Total | % Cumplimiento | Cumplidas | Total | % Cumplimiento |
|  | |  |  |  |  |  |  |
|  | |  |  |  |  |  |  |
|  | |  |  |  |  |  |  |
|  | |  |  |  |  |  |  |
|  | |  |  |  |  |  |  |
|  | |  |  |  |  |  |  |
| Descripción de los hallazgos: | | | | | | | |
| **Traumatología** | | | | | | | |
| Nombre documento |  | | | | | | |
| Responsable medición |  | | | | | | |
| Fuente primaria |  | | | | | | |
| Fuente secundaria |  | | | | | | |
| Periodo evaluado |  | | | | | | |
| Metodología de medición del prestador |  | | | | | | |
| Metodología de constatación |  | | | | | | |
| **Período evaluado** | | **Resultados entregados por el prestador para el periodo evaluado** | | | **Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados** | | |
| Mes/año | | Cumplidas | Total | % Cumplimiento | Cumplidas | Total | % Cumplimiento |
|  | |  |  |  |  |  |  |
|  | |  |  |  |  |  |  |
|  | |  |  |  |  |  |  |
|  | |  |  |  |  |  |  |
|  | |  |  |  |  |  |  |
|  | |  |  |  |  |  |  |
| Descripción de los hallazgos: | | | | | | | |
| **Obst.gine** | | | | | | | |
| Nombre documento |  | | | | | | |
| Responsable medición |  | | | | | | |
| Fuente primaria |  | | | | | | |
| Fuente secundaria |  | | | | | | |
| Periodo evaluado |  | | | | | | |
| Metodología de medición del prestador |  | | | | | | |
| Metodología de constatación |  | | | | | | |
| **Período evaluado** | | **Resultados entregados por el prestador para el periodo evaluado** | | | **Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados** | | |
| Mes/año | | Cumplidas | Total | % Cumplimiento | Cumplidas | Total | % Cumplimiento |
|  | |  |  |  |  |  |  |
|  | |  |  |  |  |  |  |
|  | |  |  |  |  |  |  |
|  | |  |  |  |  |  |  |
|  | |  |  |  |  |  |  |
|  | |  |  |  |  |  |  |
| Descripción de los hallazgos: | | | | | | | |

**GCL 1.3 – Cuarto elemento medible:** Se constata: evaluación y manejo del dolor agudo en pacientes post-operados de acuerdo al procedimiento local.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **PQ / Recuperación** | | | | | |
| Describir metodología de constatación: | | | | | |
| Atributo de cumplimiento: | | | | | |
| N° fichas revisadas |  | N° fichas que cumplen |  | % cumplimiento |  |
| **CIR Ad** | | | | | |
| Describir metodología de constatación: | | | | | |
| Atributo de cumplimiento: | | | | | |
| N° fichas revisadas |  | N° fichas que cumplen |  | % cumplimiento |  |
| **Traumatología** | | | | | |
| Describir metodología de constatación: | | | | | |
| Atributo de cumplimiento: | | | | | |
| N° fichas revisadas |  | N° fichas que cumplen |  | % cumplimiento |  |
| **PQ Obst - Gine** | | | | | |
| Describir metodología de constatación: | | | | | |
| Atributo de cumplimiento: | | | | | |
| N° fichas revisadas |  | N° fichas que cumplen |  | % cumplimiento |  |

**CARACTERÍSTICA GCL 1.3 / FUNDAMENTOS**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Puntaje asignado (1 - 0 - NA)** | 1° EM: | | 2° EM: | | 3° EM: | 4° EM: | |
| PQ General |  | |  | |  |  | |
| CIR Ad |  | |  | |  |  | |
| Traumatología |  | |  | |  |  | |
| PQ Obst-gine |  | |  | |  |  | |
| **Umbral de la característica: ≥ 50%** | | Puntaje total: | | Porcentaje obtenido: | | | Cumple: |

**CARACTERÍSTICA GCL 1.4 / HALLAZGOS**

**GCL 1.4 – Primer elemento medible:** Se describe en documento (s) el protocolo de reanimación cardiopulmonar avanzada y se han definido los responsables de su aplicación.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nombre del documento: | | | | | | | | | | | | |
| Fecha elab: | | | Versión: | | | | | Fecha vigencia: | | | N° páginas: | |
| Elaborado por: | | | | | | Aprobado por: | | | | | | |
| Responsable de la aplicación: | | | | | | | | | | | | |
| Breve descripción del contenido del documento: | | | | | | | | | | | | |
| **Se constata el documento descrito en los siguientes puntos de verificación: SI/NO/NA** | | | | | | | | | | | | |
| PQ | PRO Hemodinamia | UPC Ad | | UPC Ped | UPC Neo | | Med | | Ped | URG | | APD |
|  |  |  | |  |  | |  | |  |  | |  |

**CARACTERÍSTICA GCL 1.4 / FUNDAMENTOS**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Puntaje asignado (1-0-NA)** | PQ | PRO Hemodinamia | | UPC Ad | UPC Ped. | | UPC Neo. | Med. | Ped. | URG. | APD |
| 1° elemento medible |  |  | |  |  | |  |  |  |  |  |
| **Umbral de la característica: ≥ 75%** | | | Puntaje total: | | | Porcentaje obtenido: | | | | Cumple: | |

**CARACTERÍSTICA GCL 1.5 OBLIGATORIA /HALLAZGOS**

**GCL 1.5– Primer elemento medible:** Se describen en un documento de carácter institucional los criterios clínicos de ingreso y egreso a cada Unidad de Paciente Crítico y se ha definido los responsables de su aplicación.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Dirección Médica y/o Gerencia del Prestador** | | | | | | | | | | | | | |
| Nombre del documento: | | | | | | | | | | | | | |
| N° Resolución: | | | | Versión: | | | | | | Fecha elab: | | | |
| Elaborado por: | | | | | | Aprobado por: | | | | | | | |
| Carácter institucional: | | | | Fecha vigencia: | | | | | | N° páginas: | | | |
| **Incluye (SI/NO)** | | 1. Criterios de ingreso a UPC | | | | |  | 2. Criterios de egreso de UPC | | | | |  |
| Responsables de la aplicación: | | | | | | | | | | | | | |
| Breve descripción del contenido del documento: | | | | | | | | | | | | | |
| **Se constata el documento descrito en los siguientes puntos de verificación: SI/NO/NA** | | | | | | | | | | | | | |
| Dirección | PQ | | UPC Ad | | UPC Ped. | UPC Neo. | | | Med. | | Ped. | URG. | |
|  |  | |  | |  |  | | |  | |  |  | |

**CARACTERÍSTICA GCL 1.5 OBLIGATORIA / FUNDAMENTOS**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Puntaje asignado (1-0-NA)** | Dirección | PQ | UPC Ad | UPC Ped. | | UPC Neo. | Med. | Ped. | | URG. |
| 1° elemento medible |  |  |  |  | |  |  |  | |  |
| **Umbral de la característica: ≥ 75%** | | Puntaje total: | | | Porcentaje obtenido: | | | | Cumple: | |

**CARACTERÍSTICA GCL 1.6 /HALLAZGOS**

**GCL 1.6 – Primer elemento medible:** Se describen en un documento de carácter institucional los criterios de indicación de cesárea y se han definido los responsables de su aplicación.

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Obstetricia-Ginecología** | | | | | | | |
| Nombre del documento: | | | | | | | |
| N° Resolución: | | Versión: | | | | Fecha elab: | |
| Elaborado por: | | | | Aprobado por: | | | |
| Carácter institucional: | | Fecha vigencia: | | | | N° páginas: | |
| **Define (SI/NO)** | 1. Criterios de indicación de cesárea | |  | | 2. Responsables de la aplicación | |  |
| Breve descripción del contenido del documento: | | | | | | | |

**GCL 1.6 – Segundo elemento medible:** Se ha definido indicador y umbral de cumplimiento.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Obstetricia-Ginecología** | | |
| Nombre del indicador |  | |
| Fórmula matemática |  | |
| Umbral de cumplimiento: | | Periodicidad de la evaluación: |

**GCL 1.6 – Tercer elemento medible:** Se verifica constancia de evaluación periódica.

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Obstetricia-Ginecología** | | | | | | | |
| Nombre documento |  | | | | | | |
| Responsable medición |  | | | | | | |
| Fuente primaria |  | | | | | | |
| Fuente secundaria |  | | | | | | |
| Periodo evaluado |  | | | | | | |
| Metodología de medición del prestador |  | | | | | | |
| Metodología de constatación |  | | | | | | |
| **Período evaluado** | | **Resultados entregados por el prestador para el periodo evaluado** | | | **Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados** | | |
| Mes/año | | Cumplidas | Total | % Cumplimiento | Cumplidas | Total | % Cumplimiento |
|  | |  |  |  |  |  |  |
|  | |  |  |  |  |  |  |
|  | |  |  |  |  |  |  |
|  | |  |  |  |  |  |  |
|  | |  |  |  |  |  |  |
|  | |  |  |  |  |  |  |
| Descripción de los hallazgos: | | | | | | | |

**CARACTERÍSTICA GCL 1.6 /FUNDAMENTOS**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Puntaje asignado (1-0-NA)** | Obstetricia Ginecología | | 1° EM: | | 2° EM: | 3° EM: | |
| **Umbral de la característica: ≥ 66%** | | Puntaje total: | | Porcentaje obtenido: | | | Cumple: |

**CARACTERÍSTICA 1.7 OBLIGATORIA / HALLAZGOS**

**GCL 1.7 Primer elemento medible:** Se describen en un documento de carácter institucional los criterios de indicación médica de transfusión, considerando tipo de hemocomponentes y número de unidades.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nombre del documento: | | | | | | | | | | | |
| N° Resolución: | | | Versión: | | | | Fecha elab: | | | | |
| Elaborado por: | | | | | Aprobado por: | | | | | | |
| Carácter institucional: | | | Fecha vigencia: | | | | N° páginas: | | | | |
| **Considera (SI/NO)** | | 1. Criterios de indicación médica | |  | | 2. Tipo de hemocomponentes | |  | 3. N° de unidades | |  |
| Breve descripción del contenido del documento: | | | | | | | | | | | |
| **Se constata el documento descrito en los siguientes puntos de verificación: SI/NO/NA** | | | | | | | | | | | |
| Dirección | PQ | | UPC Ad. | | APD | | URG | | | APQ | |
|  |  | |  | |  | |  | | |  | |

**GCL 1.7 – Segundo elemento medible:** Se ha definido indicador y umbral de cumplimiento.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **PQ** | | |
| Nombre del indicador |  | |
| Fórmula matemática |  | |
| Umbral de cumplimiento: | | Periodicidad de la evaluación: |
| **UPC Ad** | | |
| Nombre del indicador |  | |
| Fórmula matemática |  | |
| Umbral de cumplimiento: | | Periodicidad de la evaluación: |
| **APD** | | |
| Nombre del indicador |  | |
| Fórmula matemática |  | |
| Umbral de cumplimiento: | | Periodicidad de la evaluación: |
| **URG** | | |
| Nombre del indicador |  | |
| Fórmula matemática |  | |
| Umbral de cumplimiento: | | Periodicidad de la evaluación: |
| **APQ** | | |
| Nombre del indicador |  | |
| Fórmula matemática |  | |
| Umbral de cumplimiento: | | Periodicidad de la evaluación: |

**GCL 1.7 – Tercer elemento medible:** Existe constancia de que se ha realizado la evaluación periódica.

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **PQ** | | | | | | | |
| Nombre documento | |  | | | | | |
| Responsable medición | |  | | | | | |
| Fuente primaria | |  | | | | | |
| Fuente secundaria | |  | | | | | |
| Periodo evaluado | |  | | | | | |
| Metodología de medición del prestador | |  | | | | | |
| Metodología de constatación | |  | | | | | |
| **Período evaluado** | **Resultados entregados por el prestador para el periodo evaluado** | | | | **Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados** | | |
| Mes/año | Cumplidas | | Total | % Cumplimiento | Cumplidas | Total | % Cumplimiento |
|  |  | |  |  |  |  |  |
|  |  | |  |  |  |  |  |
|  |  | |  |  |  |  |  |
|  |  | |  |  |  |  |  |
|  |  | |  |  |  |  |  |
|  |  | |  |  |  |  |  |
| Descripción de los hallazgos: | | | | | | | |
| **UPC Ad** | | | | | | | |
| Nombre documento | |  | | | | | |
| Responsable medición | |  | | | | | |
| Fuente primaria | |  | | | | | |
| Fuente secundaria | |  | | | | | |
| Periodo evaluado | |  | | | | | |
| Metodología de medición del prestador | |  | | | | | |
| Metodología de constatación | |  | | | | | |
| **Período evaluado** | **Resultados entregados por el prestador para el periodo evaluado** | | | | **Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados** | | |
| Mes/año | Cumplidas | | Total | % Cumplimiento | Cumplidas | Total | % Cumplimiento |
|  |  | |  |  |  |  |  |
|  |  | |  |  |  |  |  |
|  |  | |  |  |  |  |  |
|  |  | |  |  |  |  |  |
|  |  | |  |  |  |  |  |
|  |  | |  |  |  |  |  |
| Descripción de los hallazgos: | | | | | | | |
| **APD** | | | | | | | |
| Nombre documento | |  | | | | | |
| Responsable medición | |  | | | | | |
| Fuente primaria | |  | | | | | |
| Fuente secundaria | |  | | | | | |
| Periodo evaluado | |  | | | | | |
| Metodología de medición del prestador | |  | | | | | |
| Metodología de constatación | |  | | | | | |
| **Período evaluado** | **Resultados entregados por el prestador para el periodo evaluado** | | | | **Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados** | | |
| Mes/año | Cumplidas | | Total | % Cumplimiento | Cumplidas | Total | % Cumplimiento |
|  |  | |  |  |  |  |  |
|  |  | |  |  |  |  |  |
|  |  | |  |  |  |  |  |
|  |  | |  |  |  |  |  |
|  |  | |  |  |  |  |  |
|  |  | |  |  |  |  |  |
| Descripción de los hallazgos: | | | | | | | |
| **URG** | | | | | | | |
| Nombre documento |  | | | | | | |
| Responsable medición |  | | | | | | |
| Fuente primaria |  | | | | | | |
| Fuente secundaria |  | | | | | | |
| Periodo evaluado |  | | | | | | |
| Metodología de medición del prestador |  | | | | | | |
| Metodología de constatación |  | | | | | | |
| **Período evaluado** | **Resultados entregados por el prestador para el periodo evaluado** | | | | **Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados** | | |
| Mes/año | Cumplidas | | Total | % Cumplimiento | Cumplidas | Total | % Cumplimiento |
|  |  | |  |  |  |  |  |
|  |  | |  |  |  |  |  |
|  |  | |  |  |  |  |  |
|  |  | |  |  |  |  |  |
|  |  | |  |  |  |  |  |
|  |  | |  |  |  |  |  |
| Descripción de los hallazgos: | | | | | | | |
| **APQ** | | | | | | | |
| Nombre documento |  | | | | | | |
| Responsable medición |  | | | | | | |
| Fuente primaria |  | | | | | | |
| Fuente secundaria |  | | | | | | |
| Periodo evaluado |  | | | | | | |
| Metodología de medición del prestador |  | | | | | | |
| Metodología de constatación |  | | | | | | |
| **Período evaluado** | **Resultados entregados por el prestador para el periodo evaluado** | | | | **Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados** | | |
| Mes/año | Cumplidas | | Total | % Cumplimiento | Cumplidas | Total | % Cumplimiento |
|  |  | |  |  |  |  |  |
|  |  | |  |  |  |  |  |
|  |  | |  |  |  |  |  |
|  |  | |  |  |  |  |  |
|  |  | |  |  |  |  |  |
|  |  | |  |  |  |  |  |
| Descripción de los hallazgos: | | | | | | | |

**CARACTERÍSTICA GCL 1. 7 OBLIGATORIA / FUNDAMENTOS**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Puntaje Asignado (1-0-NA)** | Dirección | | PQ | UPC Ad. | | APD | URG | | APQ |
| 1° EM |  | |  |  | |  |  | |  |
| 2° EM |  | |  |  | |  |  | |  |
| 3° EM |  | |  |  | |  |  | |  |
| **Umbral de la característica: ≥ 75%** | | Puntaje total: | | | Porcentaje obtenido: | | | Cumple: | |

**CARACTERÍSTICA 1.8 /HALLAZGOS**

**GCL 1.8 – Primer elemento medible:** Se constata identificación formal del Comité Oncológico Médico del que dispone, o al que puede acceder, el prestador.

|  |
| --- |
| **Dirección o Gerencia del Prestador** |
| Nombre del documento de formalización: |
| Acción que formaliza el Comité Oncológico Médico: |
| Breve descripción de la estructura organizacional del Comité Oncológico Médico: |

**GCL 1.8 – Segundo elemento medible:** Se constata registro de pacientes sometidos a dicho comité.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Dirección o Gerencia del Prestador** | | | |
| Metodología de constatación: | | | |
| Identificación del Paciente | fecha | Motivo | Resultado del comité |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| Descripción de los hallazgos: | | | |

**CARACTERÍSTICA GCL 1.8 /FUNDAMENTOS**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Puntaje asignado (1-0-NA)** | Dirección o Gerencia | 1° EM: | 2° EM: | |
| **Umbral de la característica: 100%** | Puntaje total: | Porcentaje obtenido: | | Cumple: |

**CARACTERÍSTICA GCL 1.9 /HALLAZGOS**

**GCL 1.9 – Primer elemento medible:** Se describe en un documento el procedimiento de contención física de pacientes en agitación psicomotora que contiene la descripción explicita de las medidas de prevención para evitar los eventos adversos asociados a dicha contención y se han definido los responsables de su aplicación.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nombre del documento: | | | | | | | | | |
| Fecha elab: | | | Fecha vigencia: | | | Versión: | | N° páginas: | |
| Elaborado por: | | | | Aprobado por: | | | | | |
| **Considera (SI/NO)** | 1. Descripción explicita de medidas de prevención para evitar los EA asociados a dicha contención | | | | | | | |  |
| Responsable de la aplicación: | | | | | | | | | |
| Breve descripción del contenido del documento: | | | | | | | | | |
| **Se constata el documento descrito en los siguientes puntos de verificación: SI/NO/NA** | | | | | | | | | |
| UPC Ad | | Psiquiatría | | | Med | | URG | | |
|  | |  | | |  | |  | | |

**GCL 1.9 – Segundo elemento medible:** Se ha definido indicador y umbral de cumplimiento.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **UPC Ad** | | |
| Nombre del indicador |  | |
| Fórmula matemática |  | |
| Umbral de cumplimiento: | | Periodicidad de la evaluación: |
| **Psiquiatría** | | |
| Nombre del indicador |  | |
| Fórmula matemática |  | |
| Umbral de cumplimiento: | | Periodicidad de la evaluación: |
| **Med** | | |
| Nombre del indicador |  | |
| Fórmula matemática |  | |
| Umbral de cumplimiento: | | Periodicidad de la evaluación: |
| **URG** | | |
| Nombre del indicador |  | |
| Fórmula matemática |  | |
| Umbral de cumplimiento: | | Periodicidad de la evaluación: |

**GCL 1.9 – Tercer elemento medible:** Existeconstancia de que se ha realizado evaluación periódica.

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **UPC Ad** | | | | | | | |
| Nombre documento | |  | | | | | |
| Responsable medición | |  | | | | | |
| Fuente primaria | |  | | | | | |
| Fuente secundaria | |  | | | | | |
| Periodo evaluado | |  | | | | | |
| Metodología de medición del prestador | |  | | | | | |
| Metodología de constatación | |  | | | | | |
| **Período evaluado** | | **Resultados entregados por el prestador para el periodo evaluado** | | | | **Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados** | | |
| Mes/año | | Cumplidas | | Total | % Cumplimiento | Cumplidas | Total | % Cumplimiento |
|  | |  | |  |  |  |  |  |
|  | |  | |  |  |  |  |  |
|  | |  | |  |  |  |  |  |
|  | |  | |  |  |  |  |  |
|  | |  | |  |  |  |  |  |
|  | |  | |  |  |  |  |  |
| Descripción de los hallazgos: | | | | | | | |
| **Psiquiatría** | | | | | | | |
| Nombre documento | |  | | | | | |
| Responsable medición | |  | | | | | |
| Fuente primaria | |  | | | | | |
| Fuente secundaria | |  | | | | | |
| Periodo evaluado | |  | | | | | |
| Metodología de medición del prestador | |  | | | | | |
| Metodología de constatación | |  | | | | | |
| **Período evaluado** | | **Resultados entregados por el prestador para el periodo evaluado** | | | | **Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados** | | |
| Mes/año | | Cumplidas | | Total | % Cumplimiento | Cumplidas | Total | % Cumplimiento |
|  | |  | |  |  |  |  |  |
|  | |  | |  |  |  |  |  |
|  | |  | |  |  |  |  |  |
|  | |  | |  |  |  |  |  |
|  | |  | |  |  |  |  |  |
|  | |  | |  |  |  |  |  |
| Descripción de los hallazgos: | | | | | | | |
| **Med.** | | | | | | | |
| Nombre documento | |  | | | | | |
| Responsable medición | |  | | | | | |
| Fuente primaria | |  | | | | | |
| Fuente secundaria | |  | | | | | |
| Periodo evaluado | |  | | | | | |
| Metodología de medición del prestador | |  | | | | | |
| Metodología de constatación | |  | | | | | |
| **Período evaluado** | | **Resultados entregados por el prestador para el periodo evaluado** | | | | **Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados** | | |
| Mes/año | | Cumplidas | | Total | % Cumplimiento | Cumplidas | Total | % Cumplimiento |
|  | |  | |  |  |  |  |  |
|  | |  | |  |  |  |  |  |
|  | |  | |  |  |  |  |  |
|  | |  | |  |  |  |  |  |
|  | |  | |  |  |  |  |  |
|  | |  | |  |  |  |  |  |
| Descripción de los hallazgos: | | | | | | | |
| **URG.** | | | | | | | |
| Nombre documento |  | | | | | | |
| Responsable medición |  | | | | | | |
| Fuente primaria |  | | | | | | |
| Fuente secundaria |  | | | | | | |
| Periodo evaluado |  | | | | | | |
| Metodología de medición del prestador |  | | | | | | |
| Metodología de constatación |  | | | | | | |
| **Período evaluado** | | **Resultados entregados por el prestador para el periodo evaluado** | | | | **Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados** | | |
| Mes/año | | Cumplidas | | Total | % Cumplimiento | Cumplidas | Total | % Cumplimiento |
|  | |  | |  |  |  |  |  |
|  | |  | |  |  |  |  |  |
|  | |  | |  |  |  |  |  |
|  | |  | |  |  |  |  |  |
|  | |  | |  |  |  |  |  |
|  | |  | |  |  |  |  |  |
| Descripción de los hallazgos: | | | | | | | |

**GCL 1.9 – Cuarto elemento medible:** Se constata adecuado procedimiento de contención física y/o la presencia de los elementos necesarios para realizar el procedimiento.

|  |  |
| --- | --- |
| Servicio | Describir el procedimiento de constatación de la contención física |
| UPC Ad |  |
| Psiquiatría |  |
| Med |  |
| URG |  |

**CARACTERÍSTICA GCL 1.9 / FUNDAMENTOS**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Puntaje asignado (1-0-NA)** | UPC Ad. | | Psiquiatría | | Med. | URG. | |
| Primer elemento medible |  | |  | |  |  | |
| Segundo elemento medible |  | |  | |  |  | |
| Tercer elemento medible |  | |  | |  |  | |
| Cuarto elemento medible |  | |  | |  |  | |
| **Umbral de la característica: ≥ 75%** | | Puntaje total: | | Porcentaje obtenido: | | | Cumple: |

**CARACTERÍSTICA GCL 1.10 /HALLAZGOS**

**GCL 1.10 – Primer elemento medible:** Se describen en documento de carácter institucional los criterios de ingreso, egreso y derivación de pacientes con intento de suicidio y se han definido los responsables de su aplicación.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nombre del documento: | | | | | | | | | | | |
| N° Resolución: | | | Versión: | | | | | Fecha elab: | | | |
| Elaborado por: | | | | | | Aprobado por: | | | | | |
| Carácter institucional: | | | Fecha vigencia: | | | | | N° páginas: | | | |
| **Considera (SI/NO)** | 1. Criterios ingreso | | |  | 2. Criterios egreso | |  | | 3. Criterios derivación | |  |
| Responsable de la aplicación (SI/NO): | | | | | | | | | | | |
| Breve descripción del contenido del documento: | | | | | | | | | | | |
| **Se constata el documento descrito en los siguientes puntos de verificación: SI/NO/NA** | | | | | | | | | | | |
| Psiquiatría | | UPC Ad | | | | Med | | | | URG | |
|  | |  | | | |  | | | |  | |

**CARACTERÍSTICA GCL 1.10 /FUNDAMENTOS**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Puntaje asignado (1-0-NA)** | Psiquiatría | | UPC Ad | | Med. | URG. |
| Primer elemento medible |  | |  | |  |  |
| **Umbral de la característica: ≥ 75%** | | Puntaje total: | | Porcentaje obtenido: | | Cumple: |

**CARACTERÍSTICA GCL 1.11 OBLIGATORIA / HALLAZGOS**

**GCL 1.11 – Primer elemento medible:** Se describen en un documento de carácter institucional los procedimientos de registro, rotulación traslado y recepción de biopsias. Se han definido los responsables de su aplicación.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nombre del documento: | | | | | | | | | | | | | |
| N° Resolución: | | | | | Versión: | | | | | | Fecha: | | |
| Elaborado por: | | | | | | | Aprobado por: | | | | | | |
| Carácter institucional: | | | | Fecha vigencia: | | | | | | | | N° páginas: | |
| **Considera (SI/NO)** | 1. Registro bp: | | 2. Rotulación bp: | | | | | 3. Traslado bp: | | | | | 4. Recepción bp: |
| 5. Etapa pre analítica: | | | | | 6. Etapa analítica: | | | | 7. Etapa post analítica: | | | |
| Responsables de la aplicación (SI/NO): | | | | | | | | | | | | | |
| Breve descripción del contenido del documento: (Describir el procedimiento explícito de registro, rotulación, traslado y recepción de biopsias y/o citológicos, en cada una de las fases (Pre analítica, analítica y post analítica).  Registro:  Rotulación:  Traslado:  Recepción: | | | | | | | | | | | | | |
| **Se constata el documento descrito en los siguientes puntos de verificación: SI/NO/NA** | | | | | | | | | | | | | |
| APA | | PQ | | | | | | | PRO Endoscópicos | | | | |
|  | |  | | | | | | |  | | | | |

**GCL 1.11 – Segundo elemento medible:** Se constata la trazabilidad de las biopsias.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **PQ** | | | | |
| Metodología de Constatación: | | | | |
| Registros revisados (digitales y/o papel): | | | | |
| Atributos de cumplimiento: | | | | |
| **Biopsias revisadas** | | | | |
| Identificación Biopsia | Fecha | Cumple Pre analítica (SI/NO) | Cumple Analítica (SI/NO/NA) | Cumple Post Analítica (SI/NO) |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| Descripción de los hallazgos: | | | | |
| **PRO Endoscópicos** | | | | |
| Metodología de Constatación: | | | | |
| Registros revisados (digitales o papel): | | | | |
| Atributos de cumplimiento verificados: | | | | |
| **Biopsias revisadas** | | | | |
| Identificación Biopsia | Fecha | Cumple Pre analítica  (SI/NO) | Cumple Analítica  (SI/NO/NA) | Cumple Post Analítica  (SI/NO) |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| Descripción de los hallazgos: | | | | |

**CARACTERÍSTICA GCL 1.11 OBLIGATORIA /FUNDAMENTOS**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Puntaje asignado (1-0-NA)** | APA | | PQ | | PRO Endoscópicos | |
| Primer elemento medible |  | |  | |  | |
| Segundo elemento medible |  | |  | |  | |
| **Umbral de la característica: ≥ 75%** | | Puntaje total: | | Porcentaje obtenido: | | Cumple: |

**CARACTERÍSTICA GCL 1.12 OBLIGATORIA /HALLAZGOS**

**GCL 1.12 – Primer elemento medible:** Se describen en documento de carácter institucional los siguientes elementos relacionados con la identificación de pacientes. Se han definido los responsables de su aplicación.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nombre del documento: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| N° Resolución: | | | | | | Versión: | | | | | | | | | Fecha elab: | | | | | |
| Elaborado por: | | | | | | | | | | Aprobado por: | | | | | | | | | | |
| Carácter institucional: | | | | | | Fecha vigencia: | | | | | | | | | N° páginas: | | | | | |
| **El documento describe la obligatoriedad de identificación al menos en: (SI/NO/NA)** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. Recién Nacidos |  | | 2. Pacientes pediátricos | | | |  | 3. Pacientes c/compromiso conciencia | | | | | |  | | | 4. Pacientes ingresados a pabellón | | |  |
| **El documento describe al menos los siguientes elementos: (SI/NO)** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| a). Tipo de identificación | | |  | b). Datos a incluir en la identificación | | | | | | | |  | c). Responsables de su aplicación | | | | | | |  |
| Breve descripción de los aspectos más relevantes del documento: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Se constata el documento descrito en los siguientes puntos de verificación: SI/NO/NA** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Dirección (1, 2, 3 y 4) | | PQ (1 y 4) | | | UPC Ad (3 y 4) | | | | UPC Ped (2) | | UPC Neo (1) | | | | | Med (3) | | Ped (2) | Neo (1) | |
|  | |  | | |  | | | |  | |  | | | | |  | |  |  | |

**GCL 1.12 – Segundo elemento medible:** Se ha definido indicador y umbral de cumplimiento.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **PQ** | | |
| Nombre del indicador |  | |
| Fórmula matemática |  | |
| Umbral de cumplimiento: | | Periodicidad de la evaluación: |
| **UPC Ad** | | |
| Nombre del indicador |  | |
| Fórmula matemática |  | |
| Umbral de cumplimiento: | | Periodicidad de la evaluación: |
| **UPC Ped** | | |
| Nombre del indicador |  | |
| Fórmula matemática |  | |
| Umbral de cumplimiento: | | Periodicidad de la evaluación: |
| **UPC Neo** | | |
| Nombre del indicador |  | |
| Fórmula matemática |  | |
| Umbral de cumplimiento | | Periodicidad de la evaluación: |
| **Med** | | |
| Nombre del indicador |  | |
| Fórmula matemática |  | |
| Umbral de cumplimiento: | | Periodicidad de la evaluación: |
| **Ped** | | |
| Nombre del indicador |  | |
| Fórmula matemática |  | |
| Umbral de cumplimiento: | | Periodicidad de la evaluación: |
| **Neo** | | |
| Nombre del indicador |  | |
| Fórmula matemática |  | |
| Umbral de cumplimiento: | | Periodicidad de la evaluación: |

**GCL 1.12 – Tercer elemento medible:** Existe constancia de que se ha realizado la evaluación periódica.

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **PQ** | | | | | | | |
| Nombre documento | |  | | | | | |
| Responsable medición | |  | | | | | |
| Fuente primaria | |  | | | | | |
| Fuente secundaria | |  | | | | | |
| Periodo evaluado | |  | | | | | |
| Metodología de medición del prestador | |  | | | | | |
| Metodología de constatación | |  | | | | | |
| **Período evaluado** | **Resultados entregados por el prestador para el periodo evaluado** | | | | **Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados** | | |
| Mes/año | Cumplidas | | Total | % Cumplimiento | Cumplidas | Total | % Cumplimiento |
|  |  | |  |  |  |  |  |
|  |  | |  |  |  |  |  |
|  |  | |  |  |  |  |  |
|  |  | |  |  |  |  |  |
|  |  | |  |  |  |  |  |
|  |  | |  |  |  |  |  |
| Descripción de los hallazgos: | | | | | | | |
| **UPC Ad** | | | | | | | |
| Nombre documento | |  | | | | | |
| Responsable medición | |  | | | | | |
| Fuente primaria | |  | | | | | |
| Fuente secundaria | |  | | | | | |
| Periodo evaluado | |  | | | | | |
| Metodología de medición del prestador | |  | | | | | |
| Metodología de constatación | |  | | | | | |
| **Período evaluado** | **Resultados entregados por el prestador para el periodo evaluado** | | | | **Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados** | | |
| Mes/año | Cumplidas | | Total | % Cumplimiento | Cumplidas | Total | % Cumplimiento |
|  |  | |  |  |  |  |  |
|  |  | |  |  |  |  |  |
|  |  | |  |  |  |  |  |
|  |  | |  |  |  |  |  |
|  |  | |  |  |  |  |  |
|  |  | |  |  |  |  |  |
| Descripción de los hallazgos: | | | | | | | |
| **UPC Ped** | | | | | | | |
| Nombre documento | |  | | | | | |
| Responsable medición | |  | | | | | |
| Fuente primaria | |  | | | | | |
| Fuente secundaria | |  | | | | | |
| Periodo evaluado | |  | | | | | |
| Metodología de medición del prestador | |  | | | | | |
| Metodología de constatación | |  | | | | | |
| **Período evaluado** | **Resultados entregados por el prestador para el periodo evaluado** | | | | **Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados** | | |
| Mes/año | Cumplidas | | Total | % Cumplimiento | Cumplidas | Total | % Cumplimiento |
|  |  | |  |  |  |  |  |
|  |  | |  |  |  |  |  |
|  |  | |  |  |  |  |  |
|  |  | |  |  |  |  |  |
|  |  | |  |  |  |  |  |
|  |  | |  |  |  |  |  |
| Descripción de los hallazgos: | | | | | | | |
| **UPC Neo** | | | | | | | |
| Nombre documento | |  | | | | | |
| Responsable medición | |  | | | | | |
| Fuente primaria | |  | | | | | |
| Fuente secundaria | |  | | | | | |
| Periodo evaluado | |  | | | | | |
| Metodología de medición del prestador | |  | | | | | |
| Metodología de constatación | |  | | | | | |
| **Período evaluado** | **Resultados entregados por el prestador para el periodo evaluado** | | | | **Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados** | | |
| Mes/año | Cumplidas | | Total | % Cumplimiento | Cumplidas | Total | % Cumplimiento |
|  |  | |  |  |  |  |  |
|  |  | |  |  |  |  |  |
|  |  | |  |  |  |  |  |
|  |  | |  |  |  |  |  |
|  |  | |  |  |  |  |  |
|  |  | |  |  |  |  |  |
| Descripción de los hallazgos: | | | | | | | |
| **Med** | | | | | | | |
| Nombre documento | |  | | | | | |
| Responsable medición | |  | | | | | |
| Fuente primaria | |  | | | | | |
| Fuente secundaria | |  | | | | | |
| Periodo evaluado | |  | | | | | |
| Metodología de medición del prestador | |  | | | | | |
| Metodología de constatación | |  | | | | | |
| **Período evaluado** | **Resultados entregados por el prestador para el periodo evaluado** | | | | **Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados** | | |
| Mes/año | Cumplidas | | Total | % Cumplimiento | Cumplidas | Total | % Cumplimiento |
|  |  | |  |  |  |  |  |
|  |  | |  |  |  |  |  |
|  |  | |  |  |  |  |  |
|  |  | |  |  |  |  |  |
|  |  | |  |  |  |  |  |
|  |  | |  |  |  |  |  |
| Descripción de los hallazgos: | | | | | | | |
| **Ped** | | | | | | | |
| Nombre documento | |  | | | | | |
| Responsable medición | |  | | | | | |
| Fuente primaria | |  | | | | | |
| Fuente secundaria | |  | | | | | |
| Periodo evaluado | |  | | | | | |
| Metodología de medición del prestador | |  | | | | | |
| Metodología de constatación | |  | | | | | |
| **Período evaluado** | **Resultados entregados por el prestador para el periodo evaluado** | | | | **Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados** | | |
| Mes/año | Cumplidas | | Total | % Cumplimiento | Cumplidas | Total | % Cumplimiento |
|  |  | |  |  |  |  |  |
|  |  | |  |  |  |  |  |
|  |  | |  |  |  |  |  |
|  |  | |  |  |  |  |  |
|  |  | |  |  |  |  |  |
|  |  | |  |  |  |  |  |
| Descripción de los hallazgos: | | | | | | | |
| **Neo** | | | | | | | |
| Nombre documento | |  | | | | | |
| Responsable medición | |  | | | | | |
| Fuente primaria | |  | | | | | |
| Fuente secundaria | |  | | | | | |
| Periodo evaluado | |  | | | | | |
| Metodología de medición del prestador | |  | | | | | |
| Metodología de constatación | |  | | | | | |
| **Período evaluado** | **Resultados entregados por el prestador para el periodo evaluado** | | | | **Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados** | | |
| Mes/año | Cumplidas | | Total | % Cumplimiento | Cumplidas | Total | % Cumplimiento |
|  |  | |  |  |  |  |  |
|  |  | |  |  |  |  |  |
|  |  | |  |  |  |  |  |
|  |  | |  |  |  |  |  |
|  |  | |  |  |  |  |  |
|  |  | |  |  |  |  |  |
| Descripción de los hallazgos: | | | | | | | |

**GCL 1.12 – Cuarto elemento medible:** Se constata identificación de pacientes.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Metodología de constatación: | | |
| Atributos de cumplimiento verificados: | | |
| **Punto** | **N°de pacientes Constatados** | **N° Pacientes que cumplen** |
| PQ |  |  |
| UPC Ad |  |  |
| UPC Ped |  |  |
| UPC Neo |  |  |
| Med |  |  |
| Ped |  |  |
| Neo |  |  |
| Descripción de los hallazgos: | | |

**CARACTERÍSTICA GCL 1.12 OBLIGATORIA /FUNDAMENTOS**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Puntaje asignado (1-0-NA)** | Dirección | | PQ | UPC Ad | UPC Ped | | UPC Neo | Med | Ped | | Neo |
| 1° elemento medible |  | |  |  |  | |  |  |  | |  |
| 2° elemento medible |  | |  |  |  | |  |  |  | |  |
| 3° elemento medible |  | |  |  |  | |  |  |  | |  |
| 4° elemento medible |  | |  |  |  | |  |  |  | |  |
| **Umbral de la característica: ≥ 90%** | | Puntaje total: | | | | Porcentaje obtenido: | | | | Cumple: | |

**CARACTERÍSTICA GCL 1.13 /HALLAZGOS**

**GCL 1.13 – Primer elemento medible:** Se describe en un documento el procedimiento de manejo de pacientes con tratamiento con anticoagulantes orales y se han definido los responsables de su aplicación.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Dirección o Gerencia** | | | | |
| Nombre del documento: | | | | |
| Fecha elab: | Fecha vigencia: | | Versión: | N° páginas: |
| Elaborado por: | | Aprobado por: | | |
| Responsables de aplicación (SI/NO): | | | | |
| Breve descripción del contenido del documento: | | | | |

**GCL 1.13 – Segundo elemento medible:** Se ha definido indicador y umbral de cumplimiento

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Dirección o Gerencia** | | |
| Nombre del indicador |  | |
| Fórmula matemática |  | |
| Umbral de cumplimiento: | | Periodicidad de la evaluación: |

**GCL 1.13 – Tercer elemento medible:** Existe constancia de que se ha realizado la evaluación periódica.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Dirección o Gerencia** | | | | | | | | |
| Nombre documento | |  | | | | | | |
| Responsable medición | |  | | | | | | |
| Fuente primaria | |  | | | | | | |
| Fuente secundaria | |  | | | | | | |
| Periodo evaluado | |  | | | | | | |
| Metodología de medición del prestador | |  | | | | | | |
| Metodología de constatación | |  | | | | | | |
| **Período evaluado** | **Resultados entregados por el prestador para el periodo evaluado** | | | | **Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados** | | |
| Mes/año | Cumplidas | | Total | % Cumplimiento | Cumplidas | Total | % Cumplimiento |
|  |  | |  |  |  |  |  |
|  |  | |  |  |  |  |  |
|  |  | |  |  |  |  |  |
|  |  | |  |  |  |  |  |
|  |  | |  |  |  |  |  |
|  |  | |  |  |  |  |  |
| Descripción de los hallazgos: | | | | | | | | |

**CARACTERÍSTICA GCL 1.13 /FUNDAMENTOS**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Puntaje asignado (1-0-NA)** | Dirección o Gerencia | 1° EM: | | 2° EM: | | 3° EM: |
| **Umbral de la característica: ≥ 66%** | Puntaje total: | | Porcentaje obtenido: | | Cumple: | |

**CARACTERÍSTICA GCL 2.1 OBLIGATORIA / HALLAZGOS**

**GCL 2.1 – Primer elemento medible:** Se describen en documento de carácter institucional las medidas de prevención. Se han definido los responsables de su aplicación.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nombre del documento: | | | | | | | | | |
| N° Resolución: | | | Versión: | | | | Fecha elab: | | |
| Elaborado por: | | | | | Aprobado por: | | | | |
| Carácter institucional: | | | Fecha vigencia: | | | | N° páginas: | | |
| **Considera (SI/NO)** | Cx. pac. equivocado: | | | Cx. lado equivocado: | | Error tipo Cx: | | Cuerpo extraño en sitio qx: | |
| Responsables de aplicación (SI/NO): | | | | | | | | | |
| Breve descripción del contenido del documento: | | | | | | | | | |
| **Se constata el documento descrito en los siguientes puntos de verificación: SI/NO/NA** | | | | | | | | | |
| Dirección o Gerencia | | PQ | | | Cir. Adulto | | | | Cir. Infantil |
|  | |  | | |  | | | |  |

**GCL 2.1 – Segundo elemento medible:** Se ha definido indicador y umbral de cumplimiento.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **PQ** | | |
| Nombre del indicador |  | |
| Fórmula matemática |  | |
| Umbral de cumplimiento: | | Periodicidad de la evaluación: |

**GCL 2.1 – Tercer elemento medible:** Existe constancia de que se ha realizado la evaluación periódica.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **PQ** | | | | | | | | |
| Nombre documento | | |  | | | | | |
| Responsable medición | | |  | | | | | |
| Fuente primaria | | |  | | | | | |
| Fuente secundaria | | |  | | | | | |
| Periodo evaluado | | |  | | | | | |
| Metodología de medición del prestador | | |  | | | | | |
| Metodología de constatación | | |  | | | | | |
| **Período evaluado** | **Resultados entregados por el prestador para el periodo evaluado** | | | | **Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados** | | | |
| Mes/año | Cumplidas | | Total | % Cumplimiento | Cumplidas | Total | % Cumplimiento | |
|  |  | |  |  |  |  |  | |
|  |  | |  |  |  |  |  | |
|  |  | |  |  |  |  |  | |
|  |  | |  |  |  |  |  | |
|  |  | |  |  |  |  |  | |
|  |  | |  |  |  |  |  | |
| Descripción de los hallazgos: | | | | | | | | |

**CARACTERÍSTICA GCL 2.1 OBLIGATORIA /FUNDAMENTOS**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Puntaje asignado (1-0-NA)** | Dirección | PQ | | Cir. Adulto | | Cir. Infantil |
| Primer elemento medible |  |  | |  | |  |
| Segundo elemento medible |  |  | |  | |  |
| Tercer elemento medible |  |  | |  | |  |
| **Umbral de la característica: ≥ 75%** | Puntaje total: | | Porcentaje obtenido: | | Cumple: | |

**CARACTERÍSTICA GCL 2.2 OBLIGATORIA / HALLAZGOS**

**GCL 2.2 – Primer elemento medible:** Se describe en documento(s) de carácter institucional las medidas de prevención. Se han definido los responsables de su aplicación.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Error de medicación (1)** | | | | | | | | | | | |
| Nombre del documento: | | | | | | | | | | | |
| N° Resolución: | | | Versión: | | | | | Fecha elab: | | | |
| Elaborado por: | | | | | Aprobado por: | | | | | | |
| Carácter institucional: | | | Fecha vigencia: | | | | | N° páginas: | | | |
| Responsable de su aplicación (SI/NO): | | | | | | | | | | | |
| Breve descripción del contenido del documento: | | | | | | | | | | | |
| **Caídas (2)** | | | | | | | | | | | |
| Nombre del documento: | | | | | | | | | | | |
| N° Resolución: | | | Versión: | | | | | Fecha elab: | | | |
| Elaborado por: | | | | | Aprobado por: | | | | | | |
| Carácter institucional: | | | Fecha vigencia: | | | | | N° páginas: | | | |
| Responsable de su aplicación (SI/NO): | | | | | | | | | | | |
| Breve descripción del contenido del documento: | | | | | | | | | | | |
| **Ulceras por presión (3)** | | | | | | | | | | | |
| Nombre del documento: | | | | | | | | | | | |
| N° Resolución: | | | Versión: | | | | | Fecha elab: | | | |
| Elaborado por: | | | | | Aprobado por: | | | | | | |
| Carácter institucional: | | | Fecha vigencia: | | | | | N° páginas: | | | |
| Responsable de su aplicación (SI/NO): | | | | | | | | | | | |
| Breve descripción del contenido del documento: | | | | | | | | | | | |
| **Se constata el documento descrito en los siguientes puntos de verificación: SI/NO/NA** | | | | | | | | | | | |
| Dirección  (1, 2 y 3) | PRO Endoscópicos  (1 y 2) | UPC Ad  (1, 2 y 3) | | UPC Ped  (1, 2 y 3) | | Med.  (1, 2 y 3) | Ped.  (1, 2 y 3) | | Cir. Adulto (1, 2 y 3) | Obst-gine  (1 y 2) | URG  (1 y 2) |
|  |  |  | |  | |  |  | |  |  |  |

**GCL 2.2 – Segundo elemento medible:** Se ha definido indicador y umbral de cumplimiento, relacionados con el cumplimiento de las medidas de prevención.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **PRO Endoscópicos** | | |
| Nombre del indicador |  | |
| Fórmula matemática |  | |
| Umbral de cumplimiento: | | Periodicidad de la evaluación: |
| **UPC Ad** | | |
| Nombre del indicador |  | |
| Fórmula matemática |  | |
| Umbral de cumplimiento: | | Periodicidad de la evaluación: |
| **UPC Ped** | | |
| Nombre del indicador |  | |
| Fórmula matemática |  | |
| Umbral de cumplimiento: | | Periodicidad de la evaluación: |
| **Med** | | |
| Nombre del indicador |  | |
| Fórmula matemática |  | |
| Umbral de cumplimiento | | Periodicidad de la evaluación: |
| **Ped** | | |
| Nombre del indicador |  | |
| Fórmula matemática |  | |
| Umbral de cumplimiento: | | Periodicidad de la evaluación: |
| **Cir. Adulto** | | |
| Nombre del indicador |  | |
| Fórmula matemática |  | |
| Umbral de cumplimiento: | | Periodicidad de la evaluación: |
| **Obst-gine** | | |
| Nombre del indicador |  | |
| Fórmula matemática |  | |
| Umbral de cumplimiento: | | Periodicidad de la evaluación: |
| **URG** | | |
| Nombre del indicador |  | |
| Fórmula matemática |  | |
| Umbral de cumplimiento: | | Periodicidad de la evaluación: |

**GCL 2.2 – Tercer elemento medible:** Existe constancia de que se ha realizado la evaluación periódica.

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **PRO Endoscópicos** | | | | | | | |
| Nombre documento | |  | | | | | |
| Responsable medición | |  | | | | | |
| Fuente primaria | |  | | | | | |
| Fuente secundaria | |  | | | | | |
| Periodo evaluado | |  | | | | | |
| Metodología de medición del prestador | |  | | | | | |
| Metodología de constatación | |  | | | | | |
| **Período evaluado** | **Resultados entregados por el prestador para el periodo evaluado** | | | | **Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados** | | |
| Mes/año | Cumplidas | | Total | % Cumplimiento | Cumplidas | Total | % Cumplimiento |
|  |  | |  |  |  |  |  |
|  |  | |  |  |  |  |  |
|  |  | |  |  |  |  |  |
|  |  | |  |  |  |  |  |
|  |  | |  |  |  |  |  |
|  |  | |  |  |  |  |  |
| Descripción de los hallazgos: | | | | | | | |
| **UPC Ad** | | | | | | | |
| Nombre documento | |  | | | | | |
| Responsable medición | |  | | | | | |
| Fuente primaria | |  | | | | | |
| Fuente secundaria | |  | | | | | |
| Periodo evaluado | |  | | | | | |
| Metodología de medición del prestador | |  | | | | | |
| Metodología de constatación | |  | | | | | |
| **Período evaluado** | **Resultados entregados por el prestador para el periodo evaluado** | | | | **Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados** | | |
| Mes/año | Cumplidas | | Total | % Cumplimiento | Cumplidas | Total | % Cumplimiento |
|  |  | |  |  |  |  |  |
|  |  | |  |  |  |  |  |
|  |  | |  |  |  |  |  |
|  |  | |  |  |  |  |  |
|  |  | |  |  |  |  |  |
|  |  | |  |  |  |  |  |
| Descripción de los hallazgos: | | | | | | | |
| **UPC Ped** | | | | | | | |
| Nombre documento | |  | | | | | |
| Responsable medición | |  | | | | | |
| Fuente primaria | |  | | | | | |
| Fuente secundaria | |  | | | | | |
| Periodo evaluado | |  | | | | | |
| Metodología de medición del prestador | |  | | | | | |
| Metodología de constatación | |  | | | | | |
| **Período evaluado** | **Resultados entregados por el prestador para el periodo evaluado** | | | | **Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados** | | |
| Mes/año | Cumplidas | | Total | % Cumplimiento | Cumplidas | Total | % Cumplimiento |
|  |  | |  |  |  |  |  |
|  |  | |  |  |  |  |  |
|  |  | |  |  |  |  |  |
|  |  | |  |  |  |  |  |
|  |  | |  |  |  |  |  |
|  |  | |  |  |  |  |  |
| Descripción de los hallazgos: | | | | | | | |
| **Med** | | | | | | | |
| Nombre documento | |  | | | | | |
| Responsable medición | |  | | | | | |
| Fuente primaria | |  | | | | | |
| Fuente secundaria | |  | | | | | |
| Periodo evaluado | |  | | | | | |
| Metodología de medición del prestador | |  | | | | | |
| Metodología de constatación | |  | | | | | |
| **Período evaluado** | **Resultados entregados por el prestador para el periodo evaluado** | | | | **Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados** | | |
| Mes/año | Cumplidas | | Total | % Cumplimiento | Cumplidas | Total | % Cumplimiento |
|  |  | |  |  |  |  |  |
|  |  | |  |  |  |  |  |
|  |  | |  |  |  |  |  |
|  |  | |  |  |  |  |  |
|  |  | |  |  |  |  |  |
|  |  | |  |  |  |  |  |
| Descripción de los hallazgos: | | | | | | | |
| **Ped.** | | | | | | | |
| Nombre documento | |  | | | | | |
| Responsable medición | |  | | | | | |
| Fuente primaria | |  | | | | | |
| Fuente secundaria | |  | | | | | |
| Periodo evaluado | |  | | | | | |
| Metodología de medición del prestador | |  | | | | | |
| Metodología de constatación | |  | | | | | |
| **Período evaluado** | **Resultados entregados por el prestador para el periodo evaluado** | | | | **Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados** | | |
| Mes/año | Cumplidas | | Total | % Cumplimiento | Cumplidas | Total | % Cumplimiento |
|  |  | |  |  |  |  |  |
|  |  | |  |  |  |  |  |
|  |  | |  |  |  |  |  |
|  |  | |  |  |  |  |  |
|  |  | |  |  |  |  |  |
|  |  | |  |  |  |  |  |
| Descripción de los hallazgos: | | | | | | | |
| **Cir. Adulto** | | | | | | | |
| Nombre documento | |  | | | | | |
| Responsable medición | |  | | | | | |
| Fuente primaria | |  | | | | | |
| Fuente secundaria | |  | | | | | |
| Periodo evaluado | |  | | | | | |
| Metodología de medición del prestador | |  | | | | | |
| Metodología de constatación | |  | | | | | |
| **Período evaluado** | **Resultados entregados por el prestador para el periodo evaluado** | | | | **Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados** | | |
| Mes/año | Cumplidas | | Total | % Cumplimiento | Cumplidas | Total | % Cumplimiento |
|  |  | |  |  |  |  |  |
|  |  | |  |  |  |  |  |
|  |  | |  |  |  |  |  |
|  |  | |  |  |  |  |  |
|  |  | |  |  |  |  |  |
|  |  | |  |  |  |  |  |
| Descripción de los hallazgos: | | | | | | | |
| **Obst-Gine** | | | | | | | |
| Nombre documento | |  | | | | | |
| Responsable medición | |  | | | | | |
| Fuente primaria | |  | | | | | |
| Fuente secundaria | |  | | | | | |
| Periodo evaluado | |  | | | | | |
| Metodología de medición del prestador | |  | | | | | |
| Metodología de constatación | |  | | | | | |
| **Período evaluado** | **Resultados entregados por el prestador para el periodo evaluado** | | | | **Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados** | | |
| Mes/año | Cumplidas | | Total | % Cumplimiento | Cumplidas | Total | % Cumplimiento |
|  |  | |  |  |  |  |  |
|  |  | |  |  |  |  |  |
|  |  | |  |  |  |  |  |
|  |  | |  |  |  |  |  |
|  |  | |  |  |  |  |  |
|  |  | |  |  |  |  |  |
| Descripción de los hallazgos: | | | | | | | |
| **URG** | | | | | | | |
| Nombre documento | |  | | | | | |
| Responsable medición | |  | | | | | |
| Fuente primaria | |  | | | | | |
| Fuente secundaria | |  | | | | | |
| Periodo evaluado | |  | | | | | |
| Metodología de medición del prestador | |  | | | | | |
| Metodología de constatación | |  | | | | | |
| **Período evaluado** | **Resultados entregados por el prestador para el periodo evaluado** | | | | **Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados** | | |
| Mes/año | Cumplidas | | Total | % Cumplimiento | Cumplidas | Total | % Cumplimiento |
|  |  | |  |  |  |  |  |
|  |  | |  |  |  |  |  |
|  |  | |  |  |  |  |  |
|  |  | |  |  |  |  |  |
|  |  | |  |  |  |  |  |
|  |  | |  |  |  |  |  |
| Descripción de los hallazgos: | | | | | | | |

**CARACTERÍSTICA GCL 2.2 OBLIGATORIA / FUNDAMENTOS**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Puntaje (1-0-NA)** | Dirección | Proc. Endos. | | UPC Ad | UPC Ped | | Med | Ped | Cir. Adulto | Obst-gine | URG |
| 1° elemento medible |  |  | |  |  | |  |  |  |  |  |
| 2° elemento medible |  |  | |  |  | |  |  |  |  |  |
| 3° elemento medible |  |  | |  |  | |  |  |  |  |  |
| **Umbral de la característica: ≥ 75%** | | | Puntaje total: | | | Porcentaje obtenido: | | | | Cumple: | |

**CARACTERÍSTICA GCL 2.3 / HALLAZGOS**

**GCL 2.3 – Primer elemento medible:** Se describe en un documento de carácter institucional el sistema de vigilancia de eventos adversos asociados a la atención, que contempla al menos. Se han definido los responsables de su aplicación.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nombre del documento: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| N° Resolución: | | | | | Versión: | | | | | | | | Fecha elab.: | | | | | | |
| Elaborado por: | | | | | | | | | Aprobado por: | | | | | | | | | | |
| Carácter institucional: | | | | | Fecha vigencia: | | | | | | | | N° páginas: | | | | | | |
| **Considera SI/NO** | | Eventos adversos: | | | |  | Eventos centinela: | | |  | Sistema vigilancia: | | | |  | | Proc. reporte: | |  |
| Responsables de su aplicación (SI/NO): | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Breve descripción del contenido del documento: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Se constata el documento descrito en los siguientes puntos de verificación: SI/NO/NA** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Dirección | PQ | | \*PRO | UPC Ad | | | | UPC Ped | UPC Neo | | | Med | | Cir. Ad | | Cir. Inf. | | Ped | |
|  |  | |  |  | | | |  |  | | |  | |  | |  | |  | |
| Neo | Obst-gine | | APF | APQ | | | | API | APA | | | APT | | APR | | Dental | | URG | |
|  |  | |  |  | | | |  |  | | |  | |  | |  | |  | |

**GCL 2.3 – Segundo elemento medible:** Existen registros implementados y en uso para reportes de EA de acuerdo al sistema de vigilancia local.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Punto | Sistema de reporte de Eventos Adversos | Breve descripción de los registros constatados y su contenido |
| PQ |  |  |
| PRO Endoscópicos |  |  |
| PRO Hemodinamia |  |  |
| UPC Ad. |  |  |
| UPC Ped. |  |  |
| UPC Neo |  |  |
| Med. |  |  |
| Cir. Ad. |  |  |
| Cir. Inf. |  |  |
| Ped |  |  |
| Neo |  |  |
| Obst-gine |  |  |
| APF |  |  |
| APQ |  |  |
| API |  |  |
| APA |  |  |
| APT |  |  |
| APR |  |  |
| Dental |  | |
| URG |  | |

**GCL 2.3 – Tercer elemento medible:** Se constata análisis de eventos centinelas, según lo definido por el Prestador

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Punto | Documento(s) revisado(s) | Fecha | Breve descripción del Evento centinela |
| PQ |  |  |  |
| PRO Endoscópicos |  |  |  |
| PRO Hemodinamia |  |  |  |
| UPC Ad. |  |  |  |
| UPC Ped. |  |  |  |
| UPC Neo |  |  |  |
| Med. |  |  |  |
| Cir. Ad. |  |  |  |
| Cir. Inf. |  |  |  |
| Ped. |  |  |  |
| Neo |  |  |  |
| Obst-gine |  |  |  |
| APF |  |  |  |
| APQ |  |  |  |
| API |  |  |  |
| APA |  |  |  |
| APT |  |  |  |
| APR |  |  |  |
| Dental |  |  |  |
| URG |  |  |  |

**CARACTERÍSTICA GCL 2.3 /FUNDAMENTOS**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| EM | Dirección | PQ | PRO | UPC Ad. | UPC Ped | UPC  Neo | Med | Cir.  Ad | Cir.  Inf. | Ped | Neo | Obst  Gine | APF | APQ | API | APA | APT | APR | Dental | URG |
| 1° |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2° |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3° |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Umbral de la característica: ≥ 75%** | | | | | | Puntaje total: | | | | | Porcentaje obtenido: | | | | | | Cumple: | | | |

**CARACTERÍSTICA GCL 3.1 /HALLAZGOS**

**GCL 3.1 – Primer elemento medible:** Existe un Comité de Infecciones Asociadas a la Atención de Salud (IAAS), designado por la Dirección del establecimiento, con descripción explicita de sus integrantes y su ámbito de acción.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Dirección o Gerencia** | | | | | |
| Nombre del documento: | | | | | |
| Fecha elab: | | | | N° páginas: | |
| Elaborado por: | | | Aprobado por: | | |
| **Comité (I/NO** | Designado por la Dirección: | Descripción explícita integrantes: | | | Describe ámbito acción: |
| Breve descripción del contenido del documento: | | | | | |

**GCL 3.1 – Segundo elemento medible:** Existe un médico encargado del programa y una enfermera del Programa de Control de Infecciones (PCI), que cuentan con la capacitación necesaria (al menos curso de 80 horas en la materia), descripción de sus funciones y tiempo asignado.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Dirección o Gerencia** | | | | | | | | | |
| Documento que designa médico(a) encargado(a) encargado(a) del PCI: | | | | | | | | | |
| Fecha elab: | | | | | Firmado por: | | | | |
| **Considera: (SI/NO)** | Descripción funciones: | | | | |  | | Capacitación necesaria (IAAS): |  |
| Tiempo asignado |  | | | | | | | | |
| **Describa:** | | | | | | | | | |
| Capacitación constatada | | |  | | | | N° de Horas de la capacitación constatada | |  |
| Documento que designa a profesional enfermera(o) encargada(o) del PCI: | | | | | | | | | |
| Fecha elab: | | | | | Firmado por: | | | | |
| **Considera: (SI/NO)** | Descripción funciones: | | |  | | | | Capacitación necesaria (IAAS): |  |
| Tiempo asignado |  | | | | | | | | |
| **Describa:** | | | | | | | | | |
| Capacitación constatada | |  | | | | | N° de Horas de la capacitación constatada | |  |

**GCL 3.1 – Tercer elemento medible:** Se constata funcionamiento del Comité de Infecciones Asociadas a la Atención de Salud, verificándose al menos 3 reuniones anuales.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Dirección o Gerencia** | | | |
| Tipo documento que respalda las reuniones: | | | |
| Considera al menos 3 reuniones anuales **(SI/NO):** | Fecha 1° Reunión: | Fecha 2° Reunión: | Fecha 3° Reunión: |

**CARACTERÍSTICA GCL 3.1 /FUNDAMENTOS**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Puntaje asignado (1-0-NA)** | Dirección o Gerencia | 1° EM: | | 2° EM | 3° EM: | |
| **Umbral de la característica: 100%** | Puntaje total: | | Porcentaje obtenido: | | | Cumple: |

**CARACTERÍSTICA GCL 3.2 OBLIGATORIA /HALLAZGOS**

**GCL 3.2 – Primer elemento medible:** Existe un documento de carácter institucional que describe el sistema de vigilancia activo en Infecciones Asociadas a la Atención de Salud (IAAS), donde se explicitan IAAS vigiladas, procedimiento de vigilancia y criterios de notificación.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Dirección o Gerencia** | | | | | | | | | | |
| Nombre del documento: | | | | | | | | | | |
| N° Resolución: | | | Versión: | | | | Fecha elab: | | | |
| Elaborado por: | | | | | Aprobado por: | | | | | |
| Carácter institucional: | | | Fecha vigencia: | | | | N° páginas: | | | |
| **Describe (SI/NO)** | 1. Sistema de vigilancia activo de IAAS: | | | | |  | | 2. IAAS vigiladas: | |  |
| 4. Procedimientos de vigilancia: | |  | | 5. Criterios de notificación: | | | | |  | |
| Breve descripción del contenido del documento: | | | | | | | | | | |

**GCL 3.2 – Segundo elemento medible:** Se han definido indicadores y umbrales para cada una de las IAAS vigiladas.

(Debe describir todos los indicadores y umbrales vigilados)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Dirección o Gerencia** | | |
| Nombre del indicador **1** |  | |
| Fórmula matemática |  | |
| Umbral de cumplimiento: | | Periodicidad de la evaluación: |
| Nombre del indicador **2** |  | |
| Fórmula matemática |  | |
| Umbral de cumplimiento: | | Periodicidad de la evaluación: |
| Nombre del indicador **3** |  | |
| Fórmula matemática |  | |
| Umbral de cumplimiento: | | Periodicidad de la evaluación: |
| Nombre del indicador **4** | |  |
| Fórmula matemática |  | |
| Umbral de cumplimiento: | | Periodicidad de la evaluación: |
| Nombre del indicador **5** | |  |
| Fórmula matemática |  | |
| Umbral de cumplimiento: | | Periodicidad de la evaluación: |

**GCL 3.2 – Tercer elemento medible:** Existe constancia que se ha realizado vigilancia en forma periódica.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Dirección o Gerencia** | | | |
| Metodología de Constatación: | | | |
| Sistema de vigilancia constatado y documentos revisados: | | | |
| Servicio o Unidad Clínica | IAAS Vigiladas | Fecha /periodo evaluado | Cumple con vigilancia (SI/NO) |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| Descripción de los hallazgos: | | | |

**CARACTERÍSTICA GCL 3.2 OBLIGATORIA /FUNDAMENTOS**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Puntaje asignado (1-0-NA)** | Dirección o Gerencia | 1°EM: | | 2° EM | | 3° EM: |
| **Umbral de la característica: 100%** | Puntaje total: | | Porcentaje obtenido: | | Cumple: | |

**CARACTERÍSTICA GCL 3.3 OBLIGATORIA /HALLAZGOS**

**GCL 3.3 – Primer elemento medible:** Se describen en documentos de carácter institucional las medidas de prevención de IAAS que consideran:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Precauciones estándar (1)** | | | | | | | | | | | | | |
| Nombre del documento: | | | | | | | | | | | | | |
| N° Resolución: | | | | Versión: | | | | | Fecha: | | | | |
| Elaborado por: | | | | | | | Aprobado por: | | | | | | |
| Carácter institucional: | | | | Fecha vigencia: | | | | | N° páginas: | | | | |
| Responsable aplicación (SI/NO): | | | | | | | | | | | | | |
| Breve descripción del contenido del documento: | | | | | | | | | | | | | |
| **Aislamientos (2)** | | | | | | | | | | | | | |
| Nombre del documento: | | | | | | | | | | | | | |
| N° Resolución: | | | | Versión: | | | | | Fecha: | | | | |
| Elaborado por: | | | | | | | Aprobado por: | | | | | | |
| Carácter institucional: | | | | Fecha vigencia: | | | | | N° páginas: | | | | |
| Responsable aplicación (SI/NO): | | | | | | | | | | | | | |
| Breve descripción del contenido del documento: | | | | | | | | | | | | | |
| **Prevención de infección de herida operatoria (3)** | | | | | | | | | | | | | |
| Nombre del documento: | | | | | | | | | | | | | |
| N° Resolución: | | | | Versión: | | | | | Fecha: | | | | |
| Elaborado por: | | | | | | | Aprobado por: | | | | | | |
| Carácter institucional: | | | | Fecha vigencia: | | | | | N° páginas: | | | | |
| Responsable aplicación (SI/NO): | | | | | | | | | | | | | |
| Breve descripción del contenido del documento: | | | | | | | | | | | | | |
| **Prevención de endometritis (4)** | | | | | | | | | | | | | |
| Nombre del documento: | | | | | | | | | | | | | |
| N° Resolución: | | | | Versión: | | | | | Fecha: | | | | |
| Elaborado por: | | | | | | | Aprobado por: | | | | | | |
| Carácter institucional: | | | | Fecha vigencia: | | | | | N° páginas: | | | | |
| Responsable aplicación (SI/NO): | | | | | | | | | | | | | |
| Breve descripción del contenido del documento: | | | | | | | | | | | | | |
| **Prevención de infecciones asociadas a procedimientos invasivos (5)** | | | | | | | | | | | | | |
| Nombre del documento: | | | | | | | | | | | | | |
| N° Resolución: | | | | Versión: | | | | | Fecha: | | | | |
| Elaborado por: | | | | | | | Aprobado por: | | | | | | |
| Carácter institucional: | | | | Fecha vigencia: | | | | | N° páginas: | | | | |
| Responsable aplicación (SI/NO): | | | | | | | | | | | | | |
| Breve descripción del documento: | | | | | | | | | | | | | |
| **Uso de antisépticos y desinfectantes (6)** | | | | | | | | | | | | | |
| Nombre del documento: | | | | | | | | | | | | | |
| N° Resolución: | | | | Versión: | | | | | Fecha: | | | | |
| Elaborado por: | | | | | | | Aprobado por: | | | | | | |
| Carácter institucional: | | | | Fecha vigencia: | | | | | N° páginas: | | | | |
| Responsable aplicación (SI/NO): | | | | | | | | | | | | | |
| Breve descripción del documento: | | | | | | | | | | | | | |
| **Se constata el documento descrito en los siguientes puntos de verificación: SI/NO/NA** | | | | | | | | | | | | | |
| PQ  (1, 2, 3, 5, 6) | Med.  (1, 2, 5, 6) | Cir. Ad.  (1, 2, 3, 5, 6) | Cir. Inf.  (1, 2, 3, 5, 6) | | Ped.  (1, 2, 5, 6) | Neo  (1, 2, 5, 6) | | Obst-gine  (1, 2, 3, 4, 5, 6) | | APD  (1, 2, 5, 6) | APQ  (1, 2, 5, 6) | URG  (1, 2, 5, 6) | Dental  (1, 6) |
|  |  |  |  | |  |  | |  | |  |  |  |  |

**GCL 3.3 – Segundo elemento medible:** Se ha definido indicador y umbral de cumplimiento.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **PQ** | | |
| Nombre del indicador |  | |
| Fórmula matemática |  | |
| Umbral de cumplimiento: | | Periodicidad de la evaluación: |
| **Med.** | | |
| Nombre del indicador |  | |
| Fórmula matemática |  | |
| Umbral de cumplimiento: | | Periodicidad de la evaluación: |
| **Cir. Ad.** | | |
| Nombre del indicador |  | |
| Fórmula matemática |  | |
| Umbral de cumplimiento: | | Periodicidad de la evaluación: |
| **Cir. Infant.** | | |
| Nombre del indicador |  | |
| Fórmula matemática |  | |
| Umbral de cumplimiento: | | Periodicidad de la evaluación: |
| **Ped** | | |
| Nombre del indicador |  | |
| Fórmula matemática |  | |
| Umbral de cumplimiento: | | Periodicidad de la evaluación: |
| **Neo.** | | |
| Nombre del indicador |  | |
| Fórmula matemática |  | |
| Umbral de cumplimiento: | | Periodicidad de la evaluación: |
| **Obst-Gine** | | |
| Nombre del indicador |  | |
| Fórmula matemática |  | |
| Umbral de cumplimiento: | | Periodicidad de la evaluación: |
| **APD** | | |
| Nombre del indicador |  | |
| Fórmula matemática |  | |
| Umbral de cumplimiento: | | Periodicidad de la evaluación: |
| **APQ** | | |
| Nombre del indicador |  | |
| Fórmula matemática |  | |
| Umbral de cumplimiento: | | Periodicidad de la evaluación: |
| **URG** | | |
| Nombre del indicador |  | |
| Fórmula matemática |  | |
| Umbral de cumplimiento: | | Periodicidad de la evaluación: |
| **Dental** | | |
| Nombre del indicador |  | |
| Fórmula matemática |  | |
| Umbral de cumplimiento: | | Periodicidad de la evaluación: |

**GCL 3.3 – Tercer elemento medible:** Existe constancia de que se ha realizado la evaluación en forma periódica.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **PQ** | | | | | | | | | | | | | |
| Nombre documento | |  | | | | | | | | | | | |
| Responsable medición | |  | | | | | | | | | | | |
| Fuente primaria | |  | | | | | | | | | | | |
| Fuente secundaria | |  | | | | | | | | | | | |
| Periodo evaluado | |  | | | | | | | | | | | |
| Metodología de medición del prestador | |  | | | | | | | | | | | |
| Metodología de constatación | |  | | | | | | | | | | | |
| **Período evaluado** | **Resultados entregados por el prestador para el periodo evaluado** | | | | | | | **Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados** | | | | | |
| Mes/año | Cumplidas | | | Total | | % Cumplimiento | | Cumplidas | | Total | | % Cumplimiento | |
|  |  | | |  | |  | |  | |  | |  | |
|  |  | | |  | |  | |  | |  | |  | |
|  |  | | |  | |  | |  | |  | |  | |
|  |  | | |  | |  | |  | |  | |  | |
|  |  | | |  | |  | |  | |  | |  | |
|  |  | | |  | |  | |  | |  | |  | |
| Descripción de los hallazgos: | | | | | | | | | | | | | |
| **Med.** | | | | | | | | | | | | | |
| Nombre documento | |  | | | | | | | | | | | |
| Responsable medición | |  | | | | | | | | | | | |
| Fuente primaria | |  | | | | | | | | | | | |
| Fuente secundaria | |  | | | | | | | | | | | |
| Periodo evaluado | |  | | | | | | | | | | | |
| Metodología de medición del prestador | |  | | | | | | | | | | | |
| Metodología de constatación | |  | | | | | | | | | | | |
| **Período evaluado** | **Resultados entregados por el prestador para el periodo evaluado** | | | | | | | **Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados** | | | | | |
| Mes/año | Cumplidas | | | Total | | % Cumplimiento | | Cumplidas | | Total | | % Cumplimiento | |
|  |  | | |  | |  | |  | |  | |  | |
|  |  | | |  | |  | |  | |  | |  | |
|  |  | | |  | |  | |  | |  | |  | |
|  |  | | |  | |  | |  | |  | |  | |
|  |  | | |  | |  | |  | |  | |  | |
|  |  | | |  | |  | |  | |  | |  | |
| Descripción de los hallazgos: | | | | | | | | | | | | | |
| **Cir. Ad.** | | | | | | | | | | | | | |
| Nombre documento | |  | | | | | | | | | | | |
| Responsable medición | |  | | | | | | | | | | | |
| Fuente primaria | |  | | | | | | | | | | | |
| Fuente secundaria | |  | | | | | | | | | | | |
| Periodo evaluado | |  | | | | | | | | | | | |
| Metodología de medición del prestador | |  | | | | | | | | | | | |
| Metodología de constatación | |  | | | | | | | | | | | |
| **Período evaluado** | **Resultados entregados por el prestador para el periodo evaluado** | | | | | | | **Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados** | | | | | |
| Mes/año | Cumplidas | | | Total | | % Cumplimiento | | Cumplidas | | Total | | % Cumplimiento | |
|  |  | | |  | |  | |  | |  | |  | |
|  |  | | |  | |  | |  | |  | |  | |
|  |  | | |  | |  | |  | |  | |  | |
|  |  | | |  | |  | |  | |  | |  | |
|  |  | | |  | |  | |  | |  | |  | |
|  |  | | |  | |  | |  | |  | |  | |
| Descripción de los hallazgos: | | | | | | | | | | | | | |
| **Cir. Infant** | | | | | | | | | | | | | |
| Nombre documento | |  | | | | | | | | | | | |
| Responsable medición | |  | | | | | | | | | | | |
| Fuente primaria | |  | | | | | | | | | | | |
| Fuente secundaria | |  | | | | | | | | | | | |
| Periodo evaluado | |  | | | | | | | | | | | |
| Metodología de medición del prestador | |  | | | | | | | | | | | |
| Metodología de constatación | |  | | | | | | | | | | | |
| **Período evaluado** | **Resultados entregados por el prestador para el periodo evaluado** | | | | | | | **Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados** | | | | | |
| Mes/año | Cumplidas | | | Total | | % Cumplimiento | | Cumplidas | | Total | | % Cumplimiento | |
|  |  | | |  | |  | |  | |  | |  | |
|  |  | | |  | |  | |  | |  | |  | |
|  |  | | |  | |  | |  | |  | |  | |
|  |  | | |  | |  | |  | |  | |  | |
|  |  | | |  | |  | |  | |  | |  | |
|  |  | | |  | |  | |  | |  | |  | |
| Descripción de los hallazgos: | | | | | | | | | | | | | |
| **Ped.** | | | | | | | | | | | | | |
| Nombre documento | |  | | | | | | | | | | | |
| Responsable medición | |  | | | | | | | | | | | |
| Fuente primaria | |  | | | | | | | | | | | |
| Fuente secundaria | |  | | | | | | | | | | | |
| Periodo evaluado | |  | | | | | | | | | | | |
| Metodología de medición del prestador | |  | | | | | | | | | | | |
| Metodología de constatación | |  | | | | | | | | | | | |
| **Período evaluado** | **Resultados entregados por el prestador para el periodo evaluado** | | | | | | | **Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados** | | | | | |
| Mes/año | Cumplidas | | | Total | | % Cumplimiento | | Cumplidas | | Total | | % Cumplimiento | |
|  |  | | |  | |  | |  | |  | |  | |
|  |  | | |  | |  | |  | |  | |  | |
|  |  | | |  | |  | |  | |  | |  | |
|  |  | | |  | |  | |  | |  | |  | |
|  |  | | |  | |  | |  | |  | |  | |
|  |  | | |  | |  | |  | |  | |  | |
| Descripción de los hallazgos: | | | | | | | | | | | | | |
| **Neo.** | | | | | | | | | | | | | |
| Nombre documento | |  | | | | | | | | | | | |
| Responsable medición | |  | | | | | | | | | | | |
| Fuente primaria | |  | | | | | | | | | | | |
| Fuente secundaria | |  | | | | | | | | | | | |
| Periodo evaluado | |  | | | | | | | | | | | |
| Metodología de medición del prestador | |  | | | | | | | | | | | |
| Metodología de constatación | |  | | | | | | | | | | | |
| **Período evaluado** | **Resultados entregados por el prestador para el periodo evaluado** | | | | | | | **Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados** | | | | | |
| Mes/año | Cumplidas | | | Total | | % Cumplimiento | | Cumplidas | | Total | | % Cumplimiento | |
|  |  | | |  | |  | |  | |  | |  | |
|  |  | | |  | |  | |  | |  | |  | |
|  |  | | |  | |  | |  | |  | |  | |
|  |  | | |  | |  | |  | |  | |  | |
|  |  | | |  | |  | |  | |  | |  | |
|  |  | | |  | |  | |  | |  | |  | |
| Descripción de los hallazgos: | | | | | | | | | | | | | |
| **Obst-gine** | | | | | | | | | | | | | |
| Nombre documento | |  | | | | | | | | | | | |
| Responsable medición | |  | | | | | | | | | | | |
| Fuente primaria | |  | | | | | | | | | | | |
| Fuente secundaria | |  | | | | | | | | | | | |
| Periodo evaluado | |  | | | | | | | | | | | |
| Metodología de medición del prestador | |  | | | | | | | | | | | |
| Metodología de constatación | |  | | | | | | | | | | | |
| **Período evaluado** | **Resultados entregados por el prestador para el periodo evaluado** | | | | | | | **Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados** | | | | | |
| Mes/año | Cumplidas | | | Total | | % Cumplimiento | | Cumplidas | | Total | | % Cumplimiento | |
|  |  | | |  | |  | |  | |  | |  | |
|  |  | | |  | |  | |  | |  | |  | |
|  |  | | |  | |  | |  | |  | |  | |
|  |  | | |  | |  | |  | |  | |  | |
|  |  | | |  | |  | |  | |  | |  | |
|  |  | | |  | |  | |  | |  | |  | |
| Descripción de los hallazgos: | | | | | | | | | | | | | |
| **APD** | | | | | | | | | | | | | |
| Nombre documento | |  | | | | | | | | | | | |
| Responsable medición | |  | | | | | | | | | | | |
| Fuente primaria | |  | | | | | | | | | | | |
| Fuente secundaria | |  | | | | | | | | | | | |
| Periodo evaluado | |  | | | | | | | | | | | |
| Metodología de medición del prestador | |  | | | | | | | | | | | |
| Metodología de constatación | |  | | | | | | | | | | | |
| **Período evaluado** | **Resultados entregados por el prestador para el periodo evaluado** | | | | | | | **Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados** | | | | | |
| Mes/año | Cumplidas | | | Total | | % Cumplimiento | | Cumplidas | | Total | | % Cumplimiento | |
|  |  | | |  | |  | |  | |  | |  | |
|  |  | | |  | |  | |  | |  | |  | |
|  |  | | |  | |  | |  | |  | |  | |
|  |  | | |  | |  | |  | |  | |  | |
|  |  | | |  | |  | |  | |  | |  | |
|  |  | | |  | |  | |  | |  | |  | |
| Descripción de los hallazgos: | | | | | | | | | | | | | |
| **APQ** | | | | | | | | | | | | | |
| Nombre documento | |  | | | | | | | | | | | |
| Responsable medición | |  | | | | | | | | | | | |
| Fuente primaria | |  | | | | | | | | | | | |
| Fuente secundaria | |  | | | | | | | | | | | |
| Periodo evaluado | |  | | | | | | | | | | | |
| Metodología de medición del prestador | |  | | | | | | | | | | | |
| Metodología de constatación | |  | | | | | | | | | | | |
| **Período evaluado** | **Resultados entregados por el prestador para el periodo evaluado** | | | | | | | **Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados** | | | | | |
| Mes/año | Cumplidas | | | Total | | % Cumplimiento | | Cumplidas | | Total | | % Cumplimiento | |
|  |  | | |  | |  | |  | |  | |  | |
|  |  | | |  | |  | |  | |  | |  | |
|  |  | | |  | |  | |  | |  | |  | |
|  |  | | |  | |  | |  | |  | |  | |
|  |  | | |  | |  | |  | |  | |  | |
|  |  | | |  | |  | |  | |  | |  | |
| Descripción de los hallazgos: | | | | | | | | | | | | | |
| **URG** | | | | | | | | | | | | | |
| Nombre documento | |  | | | | | | | | | | | |
| Responsable medición | |  | | | | | | | | | | | |
| Fuente primaria | |  | | | | | | | | | | | |
| Fuente secundaria | |  | | | | | | | | | | | |
| Periodo evaluado | |  | | | | | | | | | | | |
| Metodología de medición del prestador | |  | | | | | | | | | | | |
| Metodología de constatación | |  | | | | | | | | | | | |
| **Período evaluado** | **Resultados entregados por el prestador para el periodo evaluado** | | | | | | | **Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados** | | | | | |
| Mes/año | Cumplidas | | | Total | | % Cumplimiento | | Cumplidas | | Total | | % Cumplimiento | |
|  |  | | |  | |  | |  | |  | |  | |
|  |  | | |  | |  | |  | |  | |  | |
|  |  | | |  | |  | |  | |  | |  | |
|  |  | | |  | |  | |  | |  | |  | |
|  |  | | |  | |  | |  | |  | |  | |
|  |  | | |  | |  | |  | |  | |  | |
| Descripción de los hallazgos: | | | | | | | | | | | | | |
| **Dental** | | | | | | | | | | | | | |
| Nombre documento | |  | | | | | | | | | | | |
| Responsable medición | |  | | | | | | | | | | | |
| Fuente primaria | |  | | | | | | | | | | | |
| Fuente secundaria | |  | | | | | | | | | | | |
| Periodo evaluado | |  | | | | | | | | | | | |
| Metodología de medición del prestador | |  | | | | | | | | | | | |
| Metodología de constatación | |  | | | | | | | | | | | |
| **Período evaluado** | | | **Resultados entregados por el prestador para el periodo evaluado** | | | | | | **Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados** | | | | |
| Mes/año | | | Cumplidas | | Total | | % Cumplimiento | | Cumplidas | | Total | | % Cumplimiento |
|  | | |  | |  | |  | |  | |  | |  |
|  | | |  | |  | |  | |  | |  | |  |
|  | | |  | |  | |  | |  | |  | |  |
|  | | |  | |  | |  | |  | |  | |  |
|  | | |  | |  | |  | |  | |  | |  |
|  | | |  | |  | |  | |  | |  | |  |
| Descripción de los hallazgos: | | | | | | | | | | | | | |

**CARACTERÍSTICA GCL 3.3 OBLIGATORIA / FUNDAMENTOS**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Puntaje asignado (1-0-NA)** | PQ | Med | | Cir. Ad | Cir. Infant | Ped | | Neo | Obst-gine | APD | APQ | | URG | Dental |
| Primer elemento medible |  |  | |  |  |  | |  |  |  |  | |  |  |
| Segundo elemento medible |  |  | |  |  |  | |  |  |  |  | |  |  |
| Tercer elemento medible |  |  | |  |  |  | |  |  |  |  | |  |  |
| **Umbral de la característica: ≥ 75%** | | | Puntaje total: | | | | Porcentaje obtenido: | | | | | Cumple: | | |

**ÁMBITO ACCESO, OPORTUNIDAD Y CONTINUIDAD DE LA ATENCIÓN (AOC)**

**CARACTERÍSTICA AOC 1.1 OBLIGATORIA / HALLAZGOS**

**AOC 1.1 – Primer elemento medible:** Está descrito, en documento de carácter institucional, el sistema de alerta y organización en caso de que ocurra una emergencia.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nombre del documento: | | | | | | | | | | | | | |
| N° Resolución: | | Versión: | | | | | | | Fecha: | | | | |
| Elaborado por: | | | | | Aprobado por: | | | | | | | | |
| Carácter institucional: | | Fecha vigencia: | | | | | | | N° páginas: | | | | |
| **Considera: (SI/NO)** | 1. Sistema de alerta | | |  | | | 2. Organización | | | | |  | |
| Breve descripción del contenido del documento: | | | | | | | | | | | | | |
| **Se constata el documento descrito en los siguientes puntos de verificación: SI/NO/NA** | | | | | | | | | | | | | |
| Sectores espera de público Cons. Amb. 1\* | Sectores espera de público Cons. Amb. 2\* | | Sectores de Hospitalización\*\* | | | Toma de Muestras | | API | | PRO Endoscópicos | APK\*\*\* | | APQ |
|  |  | |  | | |  | |  | |  |  | |  |

\*Elegir los 2 con mayor afluencia de público

\*\*Elegir 3 al azar (Excluir Unidades de paciente crítico)

\*\*\*Unidad de kinesioterapia-Rehabilitación ambulatoria

**AOC 1.1 – Segundo elemento medible:** Se constata conocimiento del sistema de alerta en personal entrevistado.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Punto de verificación | N° Entrevistados | N° Respuesta correctas | N° Respuestas incorrectas | Cumple  SI/NO |
| Sectores de espera público Consultas Ambulatorias 1 |  |  |  |  |
| Sectores de espera público Consultas Ambulatorias 2 |  |  |  |  |
| Sectores de Hospitalización |  |  |  |  |
| Toma de Muestras |  |  |  |  |
| API |  |  |  |  |
| Pro Endoscópicos |  |  |  |  |
| APK |  |  |  |  |
| APQ |  |  |  |  |

**CARACTERÍSTICA AOC 1.1 OBLIGATORIA / FUNDAMENTOS**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Puntaje asignado por punto de verificación (1-0-NA)** | | 1° Elemento medible | | 2° Elemento medible | |
| Sectores de espera público Consultas Ambulatorias 1 | |  | |  | |
| Sectores de espera público Consultas Ambulatorias 2 | |  | |  | |
| Sectores de Hospitalización | |  | |  | |
| Toma de Muestras | |  | |  | |
| API | |  | |  | |
| Pro Endoscópicos | |  | |  | |
| APK | |  | |  | |
| APQ | |  | |  | |
| **Umbral de la característica: ≥ 75%** | Puntaje total: | | Porcentaje obtenido: | | Cumple: |

**CARACTERÍSTICA AOC 1.2 OBLIGATORIA / HALLAZGOS**

**AOC 1.2 – Primer elemento medible:** Se describe en un documento de carácter institucional el sistema de categorización de pacientes en la unidad de emergencia.

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **URG** | | | | | | |
| Nombre del documento: | | | | | | |
| N° Resolución: | | Versión: | | | Fecha elab: | |
| Elaborado por: | | | | Aprobado por: | | |
| Carácter institucional: | | Fecha vigencia: | | | N° páginas: | |
| **Considera (SI/NO)** | 1. Criterios a utilizar: | | 2. Tiempo de respuesta: | | | 3. Registro: |
| Responsable de la aplicación (SI/NO): | | | | | | |
| Breve descripción del contenido del documento: | | | | | | |

**AOC 1.2 – Segundo elemento medible:** Se ha definido indicador y umbral de cumplimiento.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **URG** | | |
| Nombre del indicador |  | |
| Fórmula matemática |  | |
| Umbral de cumplimiento: | | Periodicidad de la evaluación: |

**AOC 1.2 – Tercer elemento medible:** Existe constancia de que se ha realizado la evaluación periódica.

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **URG** | | | | | | | |
| Nombre documento |  | | | | | | |
| Responsable medición |  | | | | | | |
| Fuente primaria |  | | | | | | |
| Fuente secundaria |  | | | | | | |
| Periodo evaluado |  | | | | | | |
| Metodología de medición del prestador |  | | | | | | |
| Metodología de constatación |  | | | | | | |
| **Período evaluado** | | **Resultados entregados por el prestador para el periodo evaluado** | | | **Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados** | | |
| Mes/año | | Cumplidas | Total | % Cumplimiento | Cumplidas | Total | % Cumplimiento |
|  | |  |  |  |  |  |  |
|  | |  |  |  |  |  |  |
|  | |  |  |  |  |  |  |
|  | |  |  |  |  |  |  |
|  | |  |  |  |  |  |  |
|  | |  |  |  |  |  |  |
| Descripción de los hallazgos: | | | | | | | |

**CARACTERÍSTICA AOC 1.2 OBLIGATORIA / FUNDAMENTOS**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Puntaje asignado (1-0-NA)** | Urgencia | | 1° EM: | | 2° EM: | 3° EM: | |
| **Umbral de la característica: ≥ 66%** | | Puntaje total: | | Porcentaje obtenido: | | | Cumple: |

**CARACTERÍSTICA AOC 1.3 OBLIGATORIA / HALLAZGOS**

**AOC 1.3 – Primer elemento medible:** Se describen en documento(s) las situaciones o resultados críticos que requieren notificación, el procedimiento de notificación y se han definido los responsables de su aplicación.

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **APL** | | | | | | |
| Nombre del documento: | | | | | | |
| Fecha elab: | | Fecha vigencia: | | Versión: | | N° páginas: |
| Elaborado por: | | | Aprobado por: | | | |
| **Considera (SI/NO)** | 1. Resultados críticos que requieren notificación: | | | | 2. Procedimiento de notificación: | |
| Responsable aplicación (SI/NO): | | | | | | |
| Breve descripción del contenido del documento: | | | | | | |
| **APA** | | | | | | |
| Nombre del documento: | | | | | | |
| Fecha elab: | | Fecha vigencia: | | Versión: | | N° páginas: |
| Elaborado por: | | | Aprobado por: | | | |
| **Considera (SI/NO)** | 1. Resultados críticos que requieren notificación: | | | | 2. Procedimiento de notificación: | |
| Responsable aplicación (SI/NO): | | | | | | |
| Breve descripción del contenido del documento: | | | | | | |
| **API** | | | | | | |
| Nombre del documento: | | | | | | |
| Fecha elab: | | Fecha vigencia: | | Versión: | | N° páginas: |
| Elaborado por: | | | Aprobado por: | | | |
| **Considera (SI/NO)** | 1. Resultados críticos que requieren notificación: | | | | 2. Procedimiento de notificación: | |
| Responsable aplicación (SI/NO): | | | | | | |
| Breve descripción del contenido del documento: | | | | | | |

**AOC 1.3 – Segundo elemento medible:** Se ha definido indicador y umbral de cumplimiento.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **APL** | | |
| Nombre del indicador |  | |
| Fórmula matemática |  | |
| Umbral de cumplimiento: | | Periodicidad de la evaluación: |
| **APA** | | |
| Nombre del indicador |  | |
| Fórmula matemática |  | |
| Umbral de cumplimiento: | | Periodicidad de la evaluación: |
| **API** | | |
| Nombre del indicador |  | |
| Fórmula matemática |  | |
| Umbral de cumplimiento: | | Periodicidad de la evaluación: |

**AOC 1.3 – Tercer elemento medible:** Existe constancia de que se ha realizado la evaluación periódica.

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **APL** | | | | | | | |
| Nombre documento |  | | | | | | |
| Responsable medición |  | | | | | | |
| Fuente primaria |  | | | | | | |
| Fuente secundaria |  | | | | | | |
| Periodo evaluado |  | | | | | | |
| Metodología de medición del prestador |  | | | | | | |
| Metodología de constatación |  | | | | | | |
| **Período evaluado** | | **Resultados entregados por el prestador para el periodo evaluado** | | | **Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados** | | |
| Mes/año | | Cumplidas | Total | % Cumplimiento | Cumplidas | Total | % Cumplimiento |
|  | |  |  |  |  |  |  |
|  | |  |  |  |  |  |  |
|  | |  |  |  |  |  |  |
|  | |  |  |  |  |  |  |
|  | |  |  |  |  |  |  |
|  | |  |  |  |  |  |  |
| Descripción de los hallazgos: | | | | | | | |
| **APA** | | | | | | | |
| Nombre documento |  | | | | | | |
| Responsable medición |  | | | | | | |
| Fuente primaria |  | | | | | | |
| Fuente secundaria |  | | | | | | |
| Periodo evaluado |  | | | | | | |
| Metodología de medición del prestador |  | | | | | | |
| Metodología de constatación |  | | | | | | |
| **Período evaluado** | | **Resultados entregados por el prestador para el periodo evaluado** | | | **Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados** | | |
| Mes/año | | Cumplidas | Total | % Cumplimiento | Cumplidas | Total | % Cumplimiento |
|  | |  |  |  |  |  |  |
|  | |  |  |  |  |  |  |
|  | |  |  |  |  |  |  |
|  | |  |  |  |  |  |  |
|  | |  |  |  |  |  |  |
|  | |  |  |  |  |  |  |
| Descripción de los hallazgos: | | | | | | | |
| **API** | | | | | | | |
| Nombre documento |  | | | | | | |
| Responsable medición |  | | | | | | |
| Fuente primaria |  | | | | | | |
| Fuente secundaria |  | | | | | | |
| Periodo evaluado |  | | | | | | |
| Metodología de medición del prestador |  | | | | | | |
| Metodología de constatación |  | | | | | | |
| **Período evaluado** | | **Resultados entregados por el prestador para el periodo evaluado** | | | **Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados** | | |
| Mes/año | | Cumplidas | Total | % Cumplimiento | Cumplidas | Total | % Cumplimiento |
|  | |  |  |  |  |  |  |
|  | |  |  |  |  |  |  |
|  | |  |  |  |  |  |  |
|  | |  |  |  |  |  |  |
|  | |  |  |  |  |  |  |
|  | |  |  |  |  |  |  |
| Descripción de los hallazgos: | | | | | | | |

**AOC 1.3 – Cuarto elemento medible:** Se constata registro de notificaciones realizadas.

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **APL** | | | | | | | |
| Metodología de constatación: | | | | | | | |
| Total, de exámenes seleccionados | |  | | Total, de exámenes que cumplen de acuerdo a norma | | |  |
| **Detalle de los exámenes constatados** | | | | | | | |
| Examen revisado | Código identificación paciente | | Fecha | | Documentos/ registros revisados | Cumple con el registro y oportunidad de Notificación (SI/NO) | |
|  |  | |  | |  |  | |
|  |  | |  | |  |  | |
|  |  | |  | |  |  | |
|  |  | |  | |  |  | |
|  |  | |  | |  |  | |
| Descripción de los Hallazgos: | | | | | | | |
| **APA** | | | | | | | |
| Metodología de constatación: | | | | | | | |
| Total, de exámenes seleccionados | |  | | Total, de exámenes que cumplen de acuerdo a norma | | |  |
| **Detalle de los exámenes constatados** | | | | | | | |
| Examen revisado | Código identificación paciente | | Fecha | | Documentos/ registros revisados | Cumple con el registro y oportunidad de Notificación (SI/NO) | |
|  |  | |  | |  |  | |
|  |  | |  | |  |  | |
|  |  | |  | |  |  | |
|  |  | |  | |  |  | |
|  |  | |  | |  |  | |
| Descripción de los Hallazgos: | | | | | | | |
| **API** | | | | | | | |
| Metodología de constatación: | | | | | | | |
| Total, de exámenes seleccionados | |  | | Total, de exámenes que cumplen de acuerdo a norma | | |  |
| **Detalle de los exámenes constatados** | | | | | | | |
| Examen revisado | Código identificación paciente | | Fecha | | Documentos/ registros revisados | Cumple con el registro y oportunidad de Notificación (SI/NO) | |
|  |  | |  | |  |  | |
|  |  | |  | |  |  | |
|  |  | |  | |  |  | |
|  |  | |  | |  |  | |
|  |  | |  | |  |  | |
| Descripción de los Hallazgos: | | | | | | | |

**CARACTERÍSTICA AOC 1.3 OBLIGATORIA / FUNDAMENTOS**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Puntaje asignado (1-0 - NA)** | 1° EM | | 2° EM | | 3° EM | 4° EM | |
| APL |  | |  | |  |  | |
| APA |  | |  | |  |  | |
| API |  | |  | |  |  | |
| **Umbral de la característica: ≥ 75%** | | Puntaje total: | | Porcentaje obtenido: | | | Cumple: |

**CARACTERÍSTICA AOC 2.1 / HALLAZGOS**

**AOC 2.1 – Primer elemento medible:** Se describen en documento de carácter institucional los siguientes elementos relacionados con la derivación de pacientes.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Dirección o Gerencia** | | | | | |
| Nombre del documento: | | | | | |
| N° Resolución: | Versión: | | | Fecha: | |
| Elaborado por: | | | Aprobado por: | | |
| Carácter institucional: | Fecha vigencia: | | | N° páginas: | |
| **El documento define los siguientes atributos (SI/NO):** | | | | | |
| 1. Responsable que decide derivación | |  | 2. Red de derivación y procedimiento | |  |
| 3. Definición tipo y condiciones de transporte | |  | 4. Información que acompaña al paciente | |  |
| Breve descripción del contenido del documento: | | | | | |

**CARACTERÍSTICA AOC 2.1 / FUNDAMENTOS**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Puntaje asignado (1-0 - NA)** | Dirección o Gerencia | | 1° elemento medible: | | |
| **Umbral de la característica:100%** | | Puntaje total: | | Porcentaje obtenido: | Cumple: |

**CARACTERÍSTICA AOC 2.2 / HALLAZGOS**

**AOC 2.2 – Primer elemento medible:** Se describe en documento(s) de carácter institucional el sistema de entrega de turnos, que contempla al menos: datos mínimos a informar y registrar por cada estamento (enfermeras/os, matronas/es, médicos/as).

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Sistema de entrega de turno enfermeras/os** | | | | | | | | | | | |
| Nombre del documento: | | | | | | | | | | | |
| N° Resolución: | | | Versión: | | | | | Fecha: | | | |
| Elaborado por: | | | | | | Aprobado por: | | | | | |
| Carácter institucional: | | | Fecha vigencia: | | | | | N° páginas: | | | |
| Datos mínimos a informar y registrar: | | | | | | | | | | | |
| Breve descripción del contenido del documento: | | | | | | | | | | | |
| **Sistema de entrega de turno de matronas/es** | | | | | | | | | | | |
| Nombre del documento: | | | | | | | | | | | |
| N° Resolución: | | | Versión: | | | | | Fecha: | | | |
| Elaborado por: | | | | | | Aprobado por: | | | | | |
| Carácter institucional: | | | Fecha vigencia: | | | | | N° páginas: | | | |
| Datos mínimos a informar y registrar: | | | | | | | | | | | |
| Breve descripción del contenido del documento: | | | | | | | | | | | |
| **Sistema de entrega de turno de médicos/as** | | | | | | | | | | | |
| Nombre del documento: | | | | | | | | | | | |
| N° Resolución: | | | Versión: | | | | | Fecha: | | | |
| Elaborado por: | | | | | | Aprobado por: | | | | | |
| Carácter institucional: | | | Fecha vigencia: | | | | | N° páginas: | | | |
| Datos mínimos a informar y registrar: | | | | | | | | | | | |
| Breve descripción del contenido del documento: | | | | | | | | | | | |
| **Se constata el documento descrito en los siguientes puntos de verificación: SI/NO/NA** | | | | | | | | | | | | |
| Dirección | UPC Ad | UPC Ped | | UPC Neo | Med | | Ped. | | NEO | Obst. gine | URG | |
|  |  |  | |  |  | |  | |  |  |  | |

**AOC 2.2 – Segundo, tercer y cuarto elemento medible:** Se constatan registros de entrega de turnos de enfermeras/os, matronas/es y médicos/as.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Describe constatación de registros de entrega de turnos de enfermeras/os: | | | |
| Punto | Nombre del registro | Fechas constatadas: | Cumple Registro: |
| UPC Ad. |  |  |  |
| UPC Ped. |  |  |  |
| UPC Neo |  |  |  |
| Med. |  |  |  |
| Ped. |  |  |  |
| Neo |  |  |  |
| URG |  |  |  |
| Observaciones: | | | |
| Describe constatación de registros de entrega de turnos de matronas/es: | | | |
| Punto | Nombre del registro | Fechas constatadas: | Cumple Registro: |
| Obst. gine |  |  |  |
| Neo |  |  |  |
| URG |  |  |  |
| Observaciones: | | | |
| Describe constatación de registros de entrega de turnos de médicos/as: | | | |
| Punto | Nombre del registro | Fechas constatadas: | Cumple Registro: |
| UPC Ad. |  |  |  |
| UPC Ped. |  |  |  |
| UPC Neo |  |  |  |
| Med. |  |  |  |
| Ped. |  |  |  |
| Neo |  |  |  |
| Obst. gine |  |  |  |
| URG |  |  |  |
| Observaciones: | | | |

**CARACTERÍSTICA AOC 2.2 / FUNDAMENTOS**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Puntaje asignado (1-0-NA)** | Dirección | | UPC Ad | UPC Ped | UPC Neo | | Med | Ped. | NEO | Obst gine | URG |
| Primer elemento medible |  | |  |  |  | |  |  |  |  |  |
| Segundo elemento medible |  | |  |  |  | |  |  |  |  |  |
| Tercer elemento medible |  | |  |  |  | |  |  |  |  |  |
| Cuarto elemento medible |  | |  |  |  | |  |  |  |  |  |
| **Umbral de la característica: ≥ 75%** | | Puntaje total: | | | | Porcentaje obtenido: | | | | Cumple: | |

**ÁMBITO COMPETENCIAS DEL RECURSO HUMANO (RH)**

**CARACTERÍSTICA RH 1.1 OBLIGATORIA /HALLAZGOS**

**RH 1.1 – Primer al cuarto elemento medible:** Se constata habilitación de médicos y cirujanos dentistas.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Dirección o Gerencia** | | | | |
| Elemento Medible | | N° Personal Prestador | N° Registros SIS | N° Certificados/Copias originales | N° No Cumplen |
| 1° Médicos permanentes | |  |  |  |  |
| 2° Médicos transitorios | |  |  |  |  |
| 3° Cirujanos Dentistas permanentes | |  |  |  |  |
| 4° Cirujanos Dentistas transitorios | |  |  |  |  |
| Descripción de hallazgos de estamentos que no cumplen: | | | | | |

**CARACTERÍSTICA RH 1.1 OBLIGATORIA /FUNDAMENTOS**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Puntaje asignado (1-0-NA)** | Dirección o Gerencia | 1° EM: | | 2° EM: | 3° EM: | | 4° EM: |
| **Umbral de la característica: ≥ 75%** | Puntaje total: | | Porcentaje obtenido: | | | Cumple: | |

**CARACTERÍSTICA RH 1.2 OBLIGATORIA /HALLAZGOS**

**RH 1.2 – Primer a los veintidós elementos medibles:** Se constata habilitación de los siguientes estamentos:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Punto de verificación Dirección o Gerencia** | | | | |
| Elemento Medible | N° Personal Prestador | N° Registros SIS | N° Certificados  Copias originales | N° No Cumplen |
| 1° Enfermeras permanentes |  |  |  |  |
| 2° Enfermeras transitorias |  |  |  |  |
| 3° Matronas permanentes |  |  |  |  |
| 4° Matronas transitorias |  |  |  |  |
| 5° Tecnólogos Médicos permanentes |  |  |  |  |
| 6° Tecnólogos Médicos transitorios |  |  |  |  |
| 7° Kinesiólogos permanentes |  |  |  |  |
| 8° Kinesiólogos transitorios |  |  |  |  |
| 9° Sicólogos permanentes |  |  |  |  |
| 10° Sicólogos transitorios |  |  |  |  |
| 11° Terapeutas Ocupacionales permanentes |  |  |  |  |
| 12° Terapeutas Ocupacionales transitorios |  |  |  |  |
| 13° Nutricionistas permanentes |  |  |  |  |
| 14° Nutricionistas transitorias |  |  |  |  |
| 15° Fonoaudiólogos permanentes |  |  |  |  |
| 16° Fonoaudiólogos transitorios |  |  |  |  |
| 17° Químico Farmacéuticos permanentes |  |  |  |  |
| 18° Químico Farmacéuticos transitorios |  |  |  |  |
| 19° Bioquímicos permanentes |  |  |  |  |
| 20° Bioquímicos transitorios |  |  |  |  |
| 21° Técnicos Paramédicos permanentes |  |  |  |  |
| 22° Técnicos Paramédicos transitorios |  |  |  |  |
| Descripción de hallazgos de estamentos que no cumplen: | | | | |

**CARACTERÍSTICA RH 1.2 OBLIGATORIA / FUNDAMENTOS**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Puntaje asignado por cada elemento medible (1 – 0 – NA)** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1° | 2° | 3° | 4° | 5° | 6° | 7° | 8° | | 9° | 10° | 11° | 12° | 13° | | 14° | 15° | 16° | 17° | 18° | 19° | | 20° | 21° | 22° |
|  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |
| **Umbral de la característica: ≥ 90%** | | | | | | | | Puntaje total: | | | | | | Porcentaje obtenido: | | | | | | | Cumple: | | | |

**CARACTERÍSTICA RH 1.3 /HALLAZGOS**

**RH 1.3 Primer y Segundo elemento medible:** Certificados de especialidad médica y odontológica emitidos por entidad competente de acuerdo a la legislación vigente.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Dirección o Gerencia** | | | |
| Elemento Medible | N° Total Especialistas | N° Especialistas con Registro SIS | N° Especialistas sin Registro SIS |
| 1° Médicos especialistas |  |  |  |
| 2° Odontólogos especialistas |  |  |  |
| Descripción de especialistas sin registro en la SIS: | | | |

**CARACTERÍSTICA RH 1.3 / FUNDAMENTOS**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Puntaje asignado (1-0-NA)** | Dirección o Gerencia | 1° EM: | 2°EM: | |
| **Umbral de la característica: ≥ 50%** | Puntaje total: | Porcentaje obtenido: | | Cumple: |

**CARACTERÍSTICA RH 2.1 / HALLAZGOS**

**RH 2.1 – Primer elemento medible:** Se describe en un documento de carácter institucional el programa de inducción, que incluye temas generales relacionados con la seguridad de los pacientes.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Dirección o Gerencia** | | | |
| Nombre del documento: | | | |
| N° Resolución: | Versión: | | Fecha: |
| Elaborado por: | | Aprobado por: | |
| Carácter institucional: | Fecha vigencia: | | N° páginas: |
| Temas relacionados con la seguridad de los pacientes **(SI/NO)**: | | | |
| Breve descripción del contenido del documento (temas incluidos en el programa): | | | |

**RH 2.1 – Segundo elemento medible:** Existe constancia de que se ha ejecutado el programa de inducción definido institucionalmente en al menos el 85% de los funcionarios que ingresaron a la institución en el último año.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Dirección o Gerencia** | | | | |
| Periodo  evaluado | N° funcionarios  ingresados el último año | N° funcionarios ingresados con inducción | % Cumplimiento del programa | Documentos revisados |
|  |  |  |  |  |

**CARACTERÍSTICA RH 2.1 /FUNDAMENTOS**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Puntaje asignado (1-0-NA)** | Dirección o Gerencia | 1° EM: | 2°EM: | |
| **Umbral de la característica: 100%** | Puntaje total: | Porcentaje obtenido: | | Cumple: |

**CARACTERÍSTICA RH 2.2 /HALLAZGOS**

**RH 2.2 – Primer elemento medible:** Se describe en un documento el programa de orientación que enfatiza en temas relacionados con la seguridad de la atención. El programa considera al menos: médicos/as, matronas/es, enfermeras/os y técnicos/as paramédicos/as.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **PQ** | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nombre del documento: | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Fecha elab: | | Fecha vigencia: | | | | | | | | Versión: | | | | | | N° páginas: |
| Elaborado por: | | | | | | | Aprobado por: | | | | | | | | | |
| **Considera (SI/NO/NA)** | 1. Médicos/as: | | 2. Enfermeras/os: | | | | | | | | 3. Matronas/es: | | | | 4. Técnicos/as: | |
| Temas relacionados con la seguridad de los pacientes **(SI/NO)**: | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Breve descripción del contenido del documento (temas incluidos en el programa): | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **UPC Ad.** | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nombre del documento: | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Fecha elab: | | Fecha vigencia: | | | | | | | | Versión: | | | | | | N° páginas: |
| Elaborado por: | | | | | | | Aprobado por: | | | | | | | | | |
| **Considera (SI/NO/NA)** | 1. Médicos/as: | | | | 2. Enfermeras/os: | | | | | | | | 3. Técnicos/as: | | | |
| Temas relacionados con la seguridad de los pacientes **(SI/NO)**: | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Breve descripción del contenido del documento (temas incluidos en el programa): | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **UPC Ped.** | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nombre del documento: | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Fecha elab: | | Fecha vigencia: | | | | | | | | Versión: | | | | | | N° páginas: |
| Elaborado por: | | | | | | | Aprobado por: | | | | | | | | | |
| **Considera (SI/NO/NA)** | 1. Médicos/as: | | | | | 2. Enfermeras/os: | | | | | | | | 3. Técnicos/as: | | |
| Temas relacionados con la seguridad de los pacientes **(SI/NO)**: | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Breve descripción del contenido del documento (temas incluidos en el programa): | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **UPC Neo.** | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nombre del documento: | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Fecha elab: | | Fecha vigencia: | | | | | | | | Versión: | | | | | | N° páginas: |
| Elaborado por: | | | | | | | Aprobado por: | | | | | | | | | |
| **Considera (SI/NO/NA)** | 1. Médicos/as: | | 2. Enfermeras/os: | | | | | | | | 3. Matronas/es: | | | | 4. Técnicos/as: | |
| Temas relacionados con la seguridad de los pacientes **(SI/NO)**: | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Breve descripción del contenido del documento (temas incluidos en el programa): | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Med.** | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nombre del documento: | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Fecha elab: | | Fecha vigencia: | | | | | | | | Versión: | | | | | | N° páginas: |
| Elaborado por: | | | | | | | Aprobado por: | | | | | | | | | |
| **Considera (SI/NO/NA)** | 1. Médicos/as: | | | | 2. Enfermeras/os: | | | | | | | | | 3. Técnicos/as: | | |
| Temas relacionados con la seguridad de los pacientes **(SI/NO)**: | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Breve descripción del contenido del documento (temas incluidos en el programa): | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Cir. Ad.** | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nombre del documento: | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Fecha elab: | | Fecha vigencia: | | | | | | | | Versión: | | | | | | N° páginas: |
| Elaborado por: | | | | | | | Aprobado por: | | | | | | | | | |
| **Considera (SI/NO/NA)** | 1. Médicos/as: | | | 2. Enfermeras/os: | | | | | | | | 3. Técnicos/as: | | | | |
| Temas relacionados con la seguridad de los pacientes **(SI/NO)**: | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Breve descripción del contenido del documento (temas incluidos en el programa): | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Ped.** | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nombre del documento: | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Fecha elab: | | Fecha vigencia: | | | | | | | | Versión: | | | | | | N° páginas: |
| Elaborado por: | | | | | | | Aprobado por: | | | | | | | | | |
| **Considera (SI/NO/NA)** | 1. Médicos/as: | | | 2. Enfermeras/os: | | | | | | | | 3. Técnicos/as: | | | | |
| Temas relacionados con la seguridad de los pacientes **(SI/NO)**: | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Breve descripción del contenido del documento (temas incluidos en el programa): | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Neo** | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nombre del documento: | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Fecha elab: | | Fecha vigencia: | | | | | | | | Versión: | | | | | | N° páginas: |
| Elaborado por: | | | | | | | Aprobado por: | | | | | | | | | |
| **Considera (SI/NO/NA)** | 1. Médicos/as: | | 2. Enfermeras/os: | | | | | | | | 3. Matronas/es: | | | | 4. Técnicos/as: | |
| Temas relacionados con la seguridad de los pacientes **(SI/NO)**: | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Breve descripción del contenido del documento (temas incluidos en el programa): | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Obst-gine** | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nombre del documento: | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Fecha elab: | | Fecha vigencia: | | | | | | | | Versión: | | | | | | N° páginas: |
| Elaborado por: | | | | | | | Aprobado por: | | | | | | | | | |
| **Considera (SI/NO/NA)** | 1. Médicos/as: | | | | | | | | 2. Matronas/es: | | | | | | 3. Técnicos/as: | |
| Temas relacionados con la seguridad de los pacientes **(SI/NO)**: | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Breve descripción del contenido del documento (temas incluidos en el programa): | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **APF** | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nombre del documento: | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Fecha elab: | | Fecha vigencia: | | | | | | | | Versión: | | | | | | N° páginas: |
| Elaborado por: | | | | | | | Aprobado por: | | | | | | | | | |
| **Considera (SI/NO/NA)** | 1. Técnicos/as: | | | | | | | | | | | | | | | |
| Temas relacionados con la seguridad de los pacientes **(SI/NO)**: | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Breve descripción del contenido del documento (temas incluidos en el programa): | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **APE** | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nombre del documento: | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Fecha elab: | | Fecha vigencia: | | | | | | | | Versión: | | | | | | N° páginas: |
| Elaborado por: | | | | | | | Aprobado por: | | | | | | | | | |
| **Considera (SI/NO/NA)** | 1. Enfermeras/os: | | | | | | | 2. Matronas/es: | | | | | | | 3. Técnicos/as: | |
| Temas relacionados con la seguridad de los pacientes **(SI/NO)**: | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Breve descripción del contenido del documento (temas incluidos en el programa): | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **APD** | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nombre del documento: | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Fecha elab: | | Fecha vigencia: | | | | | | | | Versión: | | | | | | N° páginas: |
| Elaborado por: | | | | | | | Aprobado por: | | | | | | | | | |
| **Considera (SI/NO/NA)** | 1. Médicos/as: | | 2. Enfermeras/os: | | | | | | | | | | 3. Técnicos/as: | | | |
| Temas relacionados con la seguridad de los pacientes **(SI/NO)**: | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Breve descripción del contenido del documento (temas incluidos en el programa): | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **APQ** | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nombre del documento: | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Fecha elab: | | Fecha vigencia: | | | | | | | | Versión: | | | | | | N° páginas: |
| Elaborado por: | | | | | | | Aprobado por: | | | | | | | | | |
| **Considera (SI/NO/NA)** | 1. Médicos: | | 2. Enfermeras: | | | | | | | | 3. Matronas: | | | | 4. Técnicos/as: | |
| Temas relacionados con la seguridad de los pacientes **(SI/NO)**: | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Breve descripción del contenido del documento (temas incluidos en el programa): | | | | | | | | | | | | | | | | |

**RH 2.2 – Segundo elemento medible:** Existe constancia de que se ha ejecutado el programa de orientación establecido en al menos 85% de los funcionarios que ingresaron a la unidad en el último año.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **PQ** | | | |
| Estamento | N° ingresos último año | N° ingresos con orientación | % Cump. programa |
| Personal Médico |  |  |  |
| Personal no Médico |  |  |  |
| **Total** |  |  |  |
| Descripción de los hallazgos (Revisión de planillas de asistencia u otras fuentes): | | | |
| **UPC Ad.** | | | |
| Estamento | N° ingresos último año | N° ingresos con orientación | % Cump. programa |
| Personal Médico |  |  |  |
| Personal no Médico |  |  |  |
| **Total** |  |  |  |
| Descripción de los hallazgos (Revisión de planillas de asistencia u otras fuentes): | | | |
| **UPC Ped.** | | | |
| Estamento | N° ingresos último año | N° ingresos con orientación | % Cump. programa |
| Personal Médico |  |  |  |
| Personal no Médico |  |  |  |
| **Total** |  |  |  |
| Descripción de los hallazgos (Revisión de planillas de asistencia u otras fuentes): | | | |
| **UPC Neo** | | | |
| Estamento | N° ingresos último año | N° ingresos con orientación | % Cump. programa |
| Personal Médico |  |  |  |
| Personal no Médico |  |  |  |
| **Total** |  |  |  |
| Descripción de los hallazgos (Revisión de planillas de asistencia u otras fuentes): | | | |
| **Med.** | | | |
| Estamento | N° ingresos último año | N° ingresos con orientación | % Cump. programa |
| Personal Médico |  |  |  |
| Personal no Médico |  |  |  |
| **Total** |  |  |  |
| Descripción de los Hallazgos: (Revisión de planillas de asistencia u otras fuentes) | | | |
| **Cir. Ad.** | | | |
| Estamento | N° ingresos último año | N° ingresos con orientación | % Cumplimiento |
| Personal Médico |  |  |  |
| Personal no Médico |  |  |  |
| **Total** |  |  |  |
| Descripción de los hallazgos (Revisión de planillas de asistencia u otras fuentes): | | | |
| **Ped.** | | | |
| Estamento | N° ingresos último año | N° ingresos con orientación | % Cumplimiento |
| Personal Médico |  |  |  |
| Personal no Médico |  |  |  |
| **Total** |  |  |  |
| Descripción de los hallazgos (Revisión de planillas de asistencia u otras fuentes): | | | |
| **Neo** | | | |
| Estamento | N° ingresos último año | N° ingresos con orientación | % Cumplimiento |
| Personal Médico |  |  |  |
| Personal no Médico |  |  |  |
| **Total** |  |  |  |
| Descripción de los hallazgos (Revisión de planillas de asistencia u otras fuentes): | | | |
| **Obst-gine** | | | |
| Estamento | N° ingresos último año | N° ingresos con orientación | % Cumplimiento |
| Personal Médico |  |  |  |
| Personal no Médico |  |  |  |
| **Total** |  |  |  |
| Descripción de los hallazgos (Revisión de planillas de asistencia u otras fuentes): | | | |
| **APF** | | | |
| Estamento | N° ingresos último año | N° ingresos con orientación | % Cumplimiento |
| Personal Médico |  |  |  |
| Personal no Médico |  |  |  |
| **Total** |  |  |  |
| Descripción de los hallazgos (Revisión de planillas de asistencia u otras fuentes): | | | |
| **APE** | | | |
| Estamento | N° ingresos último año | N° ingresos con orientación | % Cumplimiento |
| Personal Médico |  |  |  |
| Personal no Médico |  |  |  |
| **Total** |  |  |  |
| Descripción de los hallazgos (Revisión de planillas de asistencia u otras fuentes): | | | |
| **APD** | | | |
| Estamento | N° ingresos último año | N° ingresos con orientación | % Cumplimiento |
| Personal Médico |  |  |  |
| Personal no Médico |  |  |  |
| **Total** |  |  |  |
| Descripción de los hallazgos (Revisión de planillas de asistencia u otras fuentes): | | | |
| **APQ** | | | |
| Estamento | N° ingresos último año | N° ingresos con orientación | % Cumplimiento |
| Personal Médico |  |  |  |
| Personal no Médico |  |  |  |
| **Total** |  |  |  |
| Descripción de los hallazgos (Revisión de planillas de asistencia u otras fuentes): | | | |

**CARACTERÍSTICA RH 2.2 /FUNDAMENTOS**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| EM | PQ | UPC Ad | UPC Ped | UPC Neo | | Med. | Cir. Ad. | | Ped. | Neo | Obst-gine | APF | | APE | APD | APQ |
| 1° EM |  |  |  |  | |  |  | |  |  |  |  | |  |  |  |
| 2° EM |  |  |  |  | |  |  | |  |  |  |  | |  |  |  |
| **Umbral de la característica: ≥ 75%** | | | | | Puntaje total: | | | Porcentaje obtenido: | | | | | Cumple: | | | |

**CARACTERÍSTICA RH 3.1 /HALLAZGOS**

**RH 3.1 – Primer elemento medible:** Se describe un documento de carácter institucional el programa de capacitación anual que incluye temas relacionados con prevención y control de infecciones y reanimación cardiopulmonar.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Dirección o Gerencia** | | | | | |
| Nombre del documento: | | | | | |
| N° Resolución: | | Versión: | | | Fecha elab: |
| Elaborado por: | | | Aprobado por: | | |
| Carácter institucional: | | Fecha vigencia: | | | N° páginas: |
| **Considera (SI/NO)** | 1. Prevención y control de infecciones: | | | 2. Reanimación cardiopulmonar: | |
| Breve descripción del programa de capacitación (de los temas de prevención de infecciones y reanimación cardiopulmonar): | | | | | |

**RH 3.1 – Segundo elemento medible:** La cobertura y periodicidad de las capacitaciones realizadas asegura que el personal reciba una actualización al menos cada 5 años en estos temas.

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | Describa la cobertura y periodicidad de las capacitaciones en IAAS | | | | |
| Punto de Verificación | N° Total de funcionarios clínicos | | Fecha de la última capacitación realizada en IAAS | N° de funcionarios con capacitación realizada en los últimos 5 años | N° de funcionarios con capacitación programada en los últimos 5 años | Cumple  (SI/NO) |
| PQ |  | |  |  |  |  |
| UPC Ad. |  | |  |  |  |  |
| UPC Ped. |  | |  |  |  |  |
| UPC Neo |  | |  |  |  |  |
| Med. |  | |  |  |  |  |
| Cir. Ad. |  | |  |  |  |  |
| Cir. Inf. |  | |  |  |  |  |
| Ped. |  | |  |  |  |  |
| Neo |  | |  |  |  |  |
| Obst-gine |  | |  |  |  |  |
| APD |  | |  |  |  |  |
| APQ |  | |  |  |  |  |
| API |  | |  |  |  |  |
| Dental |  | |  |  |  |  |
| URG |  | |  |  |  |  |
| Descripción de hallazgos: | | | | | | |
| Describa la cobertura y periodicidad de las capacitaciones en RCP | | | | | | |
| Punto de Verificación | N° Total de funcionarios clínicos | | Fecha de última capacitación de RCP realizada | N° de funcionarios con capacitación realizada en los últimos 5 años | N° de funcionarios con capacitación programada en los últimos 5 años | Cumple  (SI/NO) |
| PQ |  | |  |  |  |  |
| UPC Ad. |  | |  |  |  |  |
| UPC Ped. |  | |  |  |  |  |
| UPC Neo |  | |  |  |  |  |
| Med. |  | |  |  |  |  |
| Cir. Ad. |  | |  |  |  |  |
| Cir. Inf. |  | |  |  |  |  |
| Ped. |  | |  |  |  |  |
| Neo |  | |  |  |  |  |
| Obst-gine |  | |  |  |  |  |
| APD |  | |  |  |  |  |
| APQ |  | |  |  |  |  |
| API |  | |  |  |  |  |
| Dental |  | |  |  |  |  |
| URG |  | |  |  |  |  |
| Descripción de hallazgos: | | | | | | |

**CARACTERÍSTICA RH 3.1 /FUNDAMENTOS**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| EM | Dirección | PQ | UPC Ad. | UPC Ped | UPC Neo | | Med | Cir. Ad. | Cir. Inf. | Ped | | Neo | Obst-gine | APD | APQ | API | | Dental | URG |
| 1° EM |  |  |  |  |  | |  |  |  |  | |  |  |  |  |  | |  |  |
| 2° EM |  |  |  |  |  | |  |  |  |  | |  |  |  |  |  | |  |  |
| **Umbral de la característica: ≥ 50%** | | | | | | Puntaje total: | | | | | Porcentaje obtenido: | | | | | | Cumple: | | |

**CARACTERÍSTICA RH 4.1 /HALLAZGOS**

**RH 4.1 – Primer elemento medible:** Se ha designado responsable institucional del programa de salud laboral.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Dirección o Gerencia** | | |
| Documento que formaliza designación: | | |
| Fecha elab: | Firmado por: | |
| Nombre del responsable: | | Cargo de la designación: |

**RH 4.1 – Segundo elemento medible:** Se describe en documento de carácter institucional el programa de control de riesgos que contempla acciones relacionadas con:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nombre del documento: | | | | | | | | | | | | | | | |
| N° Resolución: | | | | | Versión: | | | | | | Fecha elab: | | | | |
| Elaborado por: | | | | | | | | Aprobado por: | | | | | | | |
| Carácter institucional: | | | | | Fecha vigencia: | | | | | | N° páginas: | | | | |
| **Contempla (SI/NO/NA)** | | 1. Controles de dosimetría en Imagenología, Hemodinamia | |  | | 2. Controles de dosimetría en Radioterapia |  | | 3. Examen de salud en personal que manipula y administra QMT | | |  | 4. Exposición a gases en Esterilización y Anatomía Patológica | |  |
| Breve descripción del contenido del documento: | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Se constata el documento descrito en los siguientes puntos de verificación: SI/NO/NA** | | | | | | | | | | | | | | | |
| Dirección o Gerencia | API\* | | APR | | | PRO Hemod. | | APF | | APQ | | APA | | APE | |
|  |  | |  | | |  | |  | |  | |  | |  | |

**RH 4.1 – Tercer elemento medible:** Existe constancia de que se ha ejecutado el programa de acuerdo a lo establecido.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Punto de verificación | Nombre del documento | Fecha | N° funcionarios expuestos | N° funcionarios que cumplen |
| API |  |  |  |  |
| APR |  |  |  |  |
| PRO Hemod. |  |  |  |  |
| APF |  |  |  |  |
| APQ |  |  |  |  |
| APA |  |  |  |  |
| APE |  |  |  |  |
| Descripción de los hallazgos: | | | | |

**CARACTERÍSTICA RH 4.1 /FUNDAMENTOS**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Puntaje asignado (1-0-NA)** | Dirección | | API | APR | PRO Hemod | | APF | APQ | APA | | APE |
| 1° elemento medible |  | |  |  |  | |  |  |  | |  |
| 2° elemento medible |  | |  |  |  | |  |  |  | |  |
| 3° elemento medible |  | |  |  |  | |  |  |  | |  |
| **Umbral de la característica: ≥ 75%** | | Puntaje total: | | | | Porcentaje obtenido: | | | | Cumple: | |

**CARACTERÍSTICA RH 4.2 /HALLAZGOS**

**RH 4.2 - Primer elemento medible:** Se describe en documento(s) de carácter institucional el procedimiento establecido para el manejo de accidentes relacionado con: Sangre o fluidos corporales de riesgo; Medicamentos antineoplásicos y Materiales radioactivos.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nombre del documento: | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| N° Resolución: | | | | | Versión: | | | | | | | Fecha elab: | | | | | | |
| Elaborado por: | | | | | | | | | Aprobado por: | | | | | | | | | |
| Carácter institucional: | | | | | Fecha vigencia: | | | | | | | N° páginas: | | | | | | |
| **El (los) documento (s) incluye (n) los siguientes procedimientos (SI/NO/NA):** | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. Sangre o fluidos corporales de riesgo | | | |  | | | 2. Medicamentos antineoplásicos | | | | | |  | 3. Materiales radioactivos | | | |  |
| Breve descripción del contenido del documento: | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Se constata el documento descrito en los siguientes puntos de verificación: SI/NO/NA** | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Dirección  (1, 2 y 3) | PQ  (1) | UPC Ad.  (1) | Med.  (1 y 2) | | | Obst-gine  (1) | | URG  (1) | | Dental  (1) | Toma Muestra  (1) | | | | APF\*  (2) | APQ  (2) | APR  (3) | |
|  |  |  |  | | |  | |  | |  |  | | | |  |  |  | |

\*Farmacia oncológica

**RH 4.2 – Segundo elemento medible:** Existen registros implementados y en uso de los accidentes ocurridos.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Dirección o Gerencia** | | |
| Breve descripción de los registros implementados que fueron constatados: | | |
| Registros constatados de los accidentes ocurridos: | | |
| Tipo de accidente | Fecha | Corresponde al registro implementado (SI/NO) |
|  |  |  |
|  |  |  |
| Descripción de los hallazgos: | | |

**RH 4.2 – Tercer elemento medible:** Existe un análisis global que da cuenta de la evaluación de los accidentes ocurridos y las decisiones adoptadas al respecto.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Dirección o Gerencia** | | | | |
| Nombre del documento de análisis: | | | | |
| Fecha de elaboración: | | | | Periodo de evaluación: |
| **Considera (SI/NO)** | 1. Evaluación de accidentes ocurridos: | | 2. Decisiones adoptadas: | |
| Responsable del informe: | | Informe firmado por: | | |
| Breve descripción del contenido del documento: | | | | |

**RH 4.2 – Cuarto elemento medible:** Se constata conocimiento del procedimiento local para el manejo de estos accidentes en el personal entrevistado.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Punto de verificación | N° Entrevistados | N° Respuestas correctas | N° Respuestas incorrectas | Cumple SI/NO |
| PQ |  |  |  |  |
| UPC Ad. |  |  |  |  |
| Med. |  |  |  |  |
| Obst-gine |  |  |  |  |
| URG |  |  |  |  |
| Dental |  |  |  |  |
| Toma de Muestras |  |  |  |  |
| APF (Farmacia Oncológica) |  |  |  |  |
| APQ |  |  |  |  |
| APR |  |  |  |  |
| **Total** |  |  |  |  |

**CARACTERÍSTICA RH 4.2 / FUNDAMENTOS**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| EM | Dirección | PQ | UPC Ad. | | Med. | Obst-gine | URG | | Dental | Toma Muestra | APF | | APQ | APR | |
| 1° EM |  |  |  | |  |  |  | |  |  |  | |  |  | |
| 2° EM |  |  |  | |  |  |  | |  |  |  | |  |  | |
| 3° EM |  |  |  | |  |  |  | |  |  |  | |  |  | |
| 4° EM |  |  |  | |  |  |  | |  |  |  | |  |  | |
| **Umbral de la característica: ≥ 75%** | | | | Puntaje total: | | | | Porcentaje obtenido: | | | | Cumple: | | |

**CARACTERÍSTICA RH 4.3 / HALLAZGOS**

**RH 4.3 – Primer elemento medible:** Se describe en un documento el programa de vacunación del personal que incluye al menos vacuna anti hepatitis B.

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Dirección o Gerencia** | | | | | | |
| Nombre del documento: | | | | | | |
| Fecha elab: | | Versión: | | | Fecha vigencia: | N° páginas: |
| Elaborado por: | | | Aprobado por: | | | |
| **Considera (SI/NO)** | 1. Vacuna anti hepatitis B: | | | 2. Otras vacunas: | | |
| Breve descripción del contenido del documento: | | | | | | |

**RH 4.3 – Segundo elemento medible:** Se ha definido indicador y umbral de cumplimiento relacionado con la cobertura del personal de riesgo.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Dirección o Gerencia** | | |
| Nombre del indicador |  | |
| Fórmula matemática |  | |
| Umbral de cumplimiento: | | Periodicidad de la evaluación: |

**RH 4.3 – Tercer elemento medible:** Existe constancia de que se ha realizado la evaluación periódica.

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Dirección o Gerencia** | | | | | | |
| Nombre documento |  | | | | | |
| Responsable medición |  | | | | | |
| Fuente primaria |  | | | | | |
| Fuente secundaria |  | | | | | |
| Periodo evaluado |  | | | | | |
| Metodología de medición del prestador |  | | | | | |
| Metodología de constatación |  | | | | | |
| **Período evaluado** | **Resultados entregados por el prestador para el periodo evaluado** | | | **Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados** | | |
| Mes/año | Cumplidas | Total | % Cumplimiento | Cumplidas | Total | % Cumplimiento |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| Descripción de los hallazgos: | | | | | | |

**CARACTERÍSTICA RH 4.3 / FUNDAMENTOS**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Puntaje asignado (1-0-NA)** | Dirección o Gerencia | 1° EM: | | 2°EM: | | 3° EM: |
| **Umbral de la característica: ≥ 66%** | Puntaje total: | | Porcentaje obtenido: | | Cumple: | |

**ÁMBITO REGISTROS (REG)**

**CARACTERÍSTICA REG 1.1 OBLIGATORIA / HALLAZGOS**

**REG 1.1 – Primer elemento medible:** Se describe en documento institucional la existencia de ficha clínica única individual y su manejo.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Dirección o Gerencia** | | | | | | | | | |
| Nombre del documento: | | | | | | | | | |
| N° Resolución: | | Versión: | | | | | Fecha: | | |
| Elaborado por: | | | | Aprobado por: | | | | | |
| Carácter institucional: | | Fecha vigencia: | | | | | N° páginas: | | |
| **Considera: (SI/NO)** | | | | | | | | | |
| 1. Descripción Ficha Clínica Única **(Si/NO/NA)**: | | | | | | | | | |
| 1. Tipo o formato | Físico | |  | | Electrónico |  | | Ambas |  |
| 1. Identificación/Código único de identificación: | | | | | 1. Procedimiento de vinculación: | | | | |
| 1. Procedimiento acceso a la integridad de la información por los profesionales que participan en la atención: | | | | | | | | | |
| Breve descripción del contenido del documento: (Describir de qué manera se indica en el documento evaluado, el cumplimiento de los atributos señalados).  **Descripción y manejo de la ficha clínica única:**   * Código único de identificación: * Procedimiento de acceso a los distintas partes y soportes de la ficha clínica: * Procedimiento de acceso del personal que interviene en la atención directa del paciente a la integralidad de la información: * Vinculación de las diversas partes y formatos: | | | | | | | | | |

**REG 1.1 – Segundo elemento medible:** Se constata la existencia de ficha clínica única individual en hospitalización.

|  |  |
| --- | --- |
| **General** | |
| Metodología de constatación: (Describir cómo realizó la constatación: selección de fichas y registros evaluados, verificación de cumplimiento respecto a, código único de identificación, procedimiento de acceso, y vinculación de las diversas partes, etc.) | |
| Consultas/Centro Medico | N°s de fichas o RUT revisados: |
| Descripción de hallazgos: |
| Urgencia | N°s de fichas o RUT revisados: |
| Descripción de hallazgos: |
| Cirugía | N°s de fichas o RUT revisados: |
| Descripción de hallazgos: |
| Medicina | N°s de fichas o RUT revisados: |
| Descripción de hallazgos: |
| Pediatría | N°s de fichas o RUT revisados: |
| Descripción de hallazgos: |
| UTI | N°s de fichas o RUT revisados: |
| Descripción de hallazgos: |
| UCI | N°s de fichas o RUT revisados: |
| Descripción de hallazgos: |
| Procedimientos Endoscópicos | N°s de fichas o RUT revisados: |
| Descripción de hallazgos: |
| Kinesiología | N°s de fichas o RUT revisados: |
| Descripción de hallazgos: |
| Dental | N°s de fichas o RUT revisados: |
| Descripción de hallazgos: |
| ARO | N°s de fichas o RUT revisados: |
| Descripción de hallazgos: |
| Otros | N°s de fichas o RUT revisados: |
| Descripción de hallazgos: |
| Admisión /SOME | N°s de fichas o RUT revisados: |
| Descripción de hallazgos: |
| Archivo | N°s de fichas o RUT revisados: |
| Descripción de hallazgos: |
| \*Descripción de hallazgos: | |

\*Describir la constatación global, y, con mayor detalle los incumplimientos respecto a la aplicación de los procedimientos descritos en el documento institucional, acorde a los atributos exigidos por la característica. El número de la ficha o de RUT de identificación deberán consignarse incompletos, para resguardar la confidencialidad.

**CARACTERÍSTICA REG 1.1 OBLIGATORIA / FUNDAMENTOS**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Puntaje asignado (1-0-NA)** | 1° EM (Dirección): | | 2° EM (General): | |
| **Umbral de la característica: 100%** | Puntaje total: | Porcentaje obtenido: | | Cumple: |

**CARACTERÍSTICA REG 1.2 / HALLAZGOS**

**REG 1.2 – Primer elemento medible:** Se describen en documento de carácter institucional las características de los registros clínicos que contempla: responsables del llenado y contenidos mínimos a llenar por cada registro.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Dirección o Gerencia** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nombre del documento: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| N° Resolución: | | | | | | | | Versión: | | | | | | | | | | | | Fecha: | | | | | | | | |
| Elaborado por: | | | | | | | | | | | | | | Aprobado por: | | | | | | | | | | | | | | |
| Carácter institucional: | | | | | | | | Fecha vigencia: | | | | | | | | | | | | N° páginas: | | | | | | | | |
| **El documento contempla (SI/NO):** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. Responsable del llenado | | | | |  | | | | | 2. Contenidos mínimos a llenar x cada registro | | | | | | | | | | | |  | | 3. Legibilidad | |  | | |
| **El documento debe incluir al menos los registros de (SI/NO/NA):** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. Ingreso médico | | | |  | | | | | 2. Protocolo operatorio | | | | | | | |  | | | | 3. Protocolo anestesia | | | | |  | | |
| 4. Evolución diaria paciente hospitalizado | | | | | | |  | | | | 5. Epicrisis | |  | | 6. Registro consultas profesionales ambulatorias | | | | | | | | | | | |  | |
| 7. Interconsultas | | |  | | | 8. Atención de Urgencia | | | | | | | | | |  | | 9. Hoja de atención de enfermería | | | | | | | | |  | |
| Breve descripción del contenido del documento: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Se constata el documento descrito en los siguientes puntos de verificación: SI/NO/NA** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Dirección | PQ | UPC Ad. | | | | | Med. | | | | | Cir. Ad. | | | | Pediatría | | | Obst-gine | | | | Cons. Amb. | | URG | | |
|  |  |  | | | | |  | | | | |  | | | |  | | |  | | | |  | |  | | |

**REG 1.2 – Segundo elemento medible:** Se ha definido indicador y umbral de cumplimiento.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **PQ** | | |
| Nombre del indicador |  | |
| Fórmula matemática |  | |
| Umbral de cumplimiento: | | Periodicidad de la evaluación: |
| **UPC Ad.** | | |
| Nombre del indicador |  | |
| Fórmula matemática |  | |
| Umbral de cumplimiento: | | Periodicidad de la evaluación: |
| **Med.** | | |
| Nombre del indicador |  | |
| Fórmula matemática |  | |
| Umbral de cumplimiento: | | Periodicidad de la evaluación: |
| **Cir. Ad.** | | |
| Nombre del indicador |  | |
| Fórmula matemática |  | |
| Umbral de cumplimiento: | | Periodicidad de la evaluación: |
| **Pediatría** | | |
| Nombre del indicador |  | |
| Fórmula matemática |  | |
| Umbral de cumplimiento: | | Periodicidad de la evaluación: |
| **Obst-gine** | | |
| Nombre del indicador |  | |
| Fórmula matemática |  | |
| Umbral de cumplimiento: | | Periodicidad de la evaluación: |
| **Consultas ambulatorias** | | |
| Nombre del indicador |  | |
| Fórmula matemática |  | |
| Umbral de cumplimiento: | | Periodicidad de la evaluación: |
| **URG** | | |
| Nombre del indicador |  | |
| Fórmula matemática |  | |
| Umbral de cumplimiento: | | Periodicidad de la evaluación: |

**REG 1.2 – Tercer elemento medible:** Existe constancia de que se ha realizado la evaluación periódica.

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **PQ** | | | | | | | |
| Nombre documento | |  | | | | | |
| Responsable medición | |  | | | | | |
| Fuente primaria | |  | | | | | |
| Fuente secundaria | |  | | | | | |
| Periodo evaluado | |  | | | | | |
| Metodología de medición del prestador | |  | | | | | |
| Metodología de constatación | |  | | | | | |
| **Período evaluado** | **Resultados entregados por el prestador para el periodo evaluado** | | | | **Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados** | | |
| Mes/año | Cumplidas | | Total | % Cumplimiento | Cumplidas | Total | % Cumplimiento |
|  |  | |  |  |  |  |  |
|  |  | |  |  |  |  |  |
|  |  | |  |  |  |  |  |
|  |  | |  |  |  |  |  |
|  |  | |  |  |  |  |  |
|  |  | |  |  |  |  |  |
| Descripción de los hallazgos: | | | | | | | |
| **UPC Ad.** | | | | | | | |
| Nombre documento | |  | | | | | |
| Responsable medición | |  | | | | | |
| Fuente primaria | |  | | | | | |
| Fuente secundaria | |  | | | | | |
| Periodo evaluado | |  | | | | | |
| Metodología de medición del prestador | |  | | | | | |
| Metodología de constatación | |  | | | | | |
| **Período evaluado** | **Resultados entregados por el prestador para el periodo evaluado** | | | | **Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados** | | |
| Mes/año | Cumplidas | | Total | % Cumplimiento | Cumplidas | Total | % Cumplimiento |
|  |  | |  |  |  |  |  |
|  |  | |  |  |  |  |  |
|  |  | |  |  |  |  |  |
|  |  | |  |  |  |  |  |
|  |  | |  |  |  |  |  |
|  |  | |  |  |  |  |  |
| Descripción de los hallazgos: | | | | | | | |
| **Med.** | | | | | | | |
| Nombre documento | |  | | | | | |
| Responsable medición | |  | | | | | |
| Fuente primaria | |  | | | | | |
| Fuente secundaria | |  | | | | | |
| Periodo evaluado | |  | | | | | |
| Metodología de medición del prestador | |  | | | | | |
| Metodología de constatación | |  | | | | | |
| **Período evaluado** | **Resultados entregados por el prestador para el periodo evaluado** | | | | **Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados** | | |
| Mes/año | Cumplidas | | Total | % Cumplimiento | Cumplidas | Total | % Cumplimiento |
|  |  | |  |  |  |  |  |
|  |  | |  |  |  |  |  |
|  |  | |  |  |  |  |  |
|  |  | |  |  |  |  |  |
|  |  | |  |  |  |  |  |
|  |  | |  |  |  |  |  |
| Descripción de los hallazgos: | | | | | | | |
| **Cir. Ad.** | | | | | | | |
| Nombre documento | |  | | | | | |
| Responsable medición | |  | | | | | |
| Fuente primaria | |  | | | | | |
| Fuente secundaria | |  | | | | | |
| Periodo evaluado | |  | | | | | |
| Metodología de medición del indicador | |  | | | | | |
| Metodología de constatación | |  | | | | | |
| **Período evaluado** | **Resultados entregados por el prestador para el periodo evaluado** | | | | **Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados** | | |
| Mes/año | Cumplidas | | Total | % Cumplimiento | Cumplidas | Total | % Cumplimiento |
|  |  | |  |  |  |  |  |
|  |  | |  |  |  |  |  |
|  |  | |  |  |  |  |  |
|  |  | |  |  |  |  |  |
|  |  | |  |  |  |  |  |
|  |  | |  |  |  |  |  |
| Descripción de los hallazgos: | | | | | | | |
| **Pediatría** | | | | | | | |
| Nombre documento | |  | | | | | |
| Responsable medición | |  | | | | | |
| Fuente primaria | |  | | | | | |
| Fuente secundaria | |  | | | | | |
| Periodo evaluado | |  | | | | | |
| Metodología de medición del prestador | |  | | | | | |
| Metodología de constatación | |  | | | | | |
| **Período evaluado** | **Resultados entregados por el prestador para el periodo evaluado** | | | | **Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados** | | |
| Mes/año | Cumplidas | | Total | % Cumplimiento | Cumplidas | Total | % Cumplimiento |
|  |  | |  |  |  |  |  |
|  |  | |  |  |  |  |  |
|  |  | |  |  |  |  |  |
|  |  | |  |  |  |  |  |
|  |  | |  |  |  |  |  |
|  |  | |  |  |  |  |  |
| Descripción de los hallazgos: | | | | | | | |
| **Obst-gine** | | | | | | | |
| Nombre documento | |  | | | | | |
| Responsable medición | |  | | | | | |
| Fuente primaria | |  | | | | | |
| Fuente secundaria | |  | | | | | |
| Periodo evaluado | |  | | | | | |
| Metodología de medición del prestador | |  | | | | | |
| Metodología de constatación | |  | | | | | |
| **Período evaluado** | **Resultados entregados por el prestador para el periodo evaluado** | | | | **Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados** | | |
| Mes/año | Cumplidas | | Total | % Cumplimiento | Cumplidas | Total | % Cumplimiento |
|  |  | |  |  |  |  |  |
|  |  | |  |  |  |  |  |
|  |  | |  |  |  |  |  |
|  |  | |  |  |  |  |  |
|  |  | |  |  |  |  |  |
|  |  | |  |  |  |  |  |
| Descripción de los hallazgos: | | | | | | | |
| **Consultas ambulatorias** | | | | | | | |
| Nombre documento | |  | | | | | |
| Responsable medición | |  | | | | | |
| Fuente primaria | |  | | | | | |
| Fuente secundaria | |  | | | | | |
| Periodo evaluado | |  | | | | | |
| Metodología de medición del prestador | |  | | | | | |
| Metodología de constatación | |  | | | | | |
| **Período evaluado** | **Resultados entregados por el prestador para el periodo evaluado** | | | | **Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados** | | |
| Mes/año | Cumplidas | | Total | % Cumplimiento | Cumplidas | Total | % Cumplimiento |
|  |  | |  |  |  |  |  |
|  |  | |  |  |  |  |  |
|  |  | |  |  |  |  |  |
|  |  | |  |  |  |  |  |
|  |  | |  |  |  |  |  |
|  |  | |  |  |  |  |  |
| Descripción de los hallazgos: | | | | | | | |
| **URG** | | | | | | | |
| Nombre documento | |  | | | | | |
| Responsable medición | |  | | | | | |
| Fuente primaria | |  | | | | | |
| Fuente secundaria | |  | | | | | |
| Periodo evaluado | |  | | | | | |
| Metodología de medición del prestador | |  | | | | | |
| Metodología de constatación | |  | | | | | |
| **Período evaluado** | **Resultados entregados por el prestador para el periodo evaluado** | | | | **Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados** | | |
| Mes/año | Cumplidas | | Total | % Cumplimiento | Cumplidas | Total | % Cumplimiento |
|  |  | |  |  |  |  |  |
|  |  | |  |  |  |  |  |
|  |  | |  |  |  |  |  |
|  |  | |  |  |  |  |  |
|  |  | |  |  |  |  |  |
|  |  | |  |  |  |  |  |
| Descripción de los hallazgos: | | | | | | | |

**REG 1.2 – Cuarto elemento medible:** Se constata legibilidad y contenidos mínimos de protocolos operatorios y epicrisis.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Metodología de constatación: | | | |
|  | | | |
| **Punto Verificación** | **N° Protocolos Operatorios revisados** | **N° Cumplen contenidos mínimos** | **N° Cumplen legibilidad** |
| PQ |  |  |  |
| **Punto Verificación** | **N° Epicrisis revisadas** | **N° Cumplen contenidos mínimos** | **N° Cumplen legibilidad** |
| UPC Ad. |  |  |  |
| Med. |  |  |  |
| Cir. Ad. |  |  |  |
| Pediatría |  |  |  |
| Obst. - gine |  |  |  |
| Descripción de los hallazgos: | | | |

**CARACTERÍSTICA REG 1.2 / FUNDAMENTOS**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| EM | Dirección | PQ | UPC Ad. | | Med. | Cir. Ad. | | Pediatría | Obst-gine | Cons. Amb. | URG |
| 1° EM |  |  |  | |  |  | |  |  |  |  |
| 2° EM |  |  |  | |  |  | |  |  |  |  |
| 3° EM |  |  |  | |  |  | |  |  |  |  |
| 4° EM |  |  |  | |  |  | |  |  |  |  |
| **Umbral de la característica: ≥ 75%** | | | | Puntaje total: | | | Porcentaje obtenido: | | | Cumple: | |

**CARACTERÍSTICA REG 1.3 / HALLAZGOS**

**REG 1.3 – Primer elemento medible:** Se describen en un documento de carácter institucional los informes que deben ser entregados al paciente respecto a las prestaciones realizadas en al menos las siguientes ocasiones:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nombre del documento: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| N° Resolución: | | | | | | | Versión: | | | | | | | | | | | Fecha elab: | | | | | | |
| Elaborado por: | | | | | | | | | | | Aprobado por: | | | | | | | | | | | | | |
| Carácter institucional: | | | | | | | Fecha vigencia: | | | | | | | | | | | N° páginas: | | | | | | |
| **El documento describe los informes a entregar al menos en las siguientes ocasiones (SI/NO/NA):** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. Alta de hospitalización: | | | |  | 2. Alta de tratamiento de RT o QMT: | | | | | | | | | | |  | | | 3. Atención de urgencia: | | | |  | |
| 4. Procedimientos diagnósticos y terapéuticos amb.: | | | | | | | | | |  | | 5. Cirugía mayor ambulatoria: | | | | | | | | | | |  | |
| **El documento describe los contenidos mínimos de los informes a entregar (SI/NO):** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. Diagnóstico: | | | |  | | 2. Procedimientos realizados: | | | | | | | |  | | | 3. Indicaciones: | | | | | |  | |
| Responsables de la aplicación **(SI/NO)**: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Breve descripción del contenido del documento: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Se constata el documento descrito en los siguientes puntos de verificación: SI/NO/NA** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Pab. CMA | Pro End. | Dental | APR | | | | | APQ | API\* | | | | Cir. Ad. | | Med. | | | | | Ped. | Neo | URG | |
|  |  |  |  | | | | |  |  | | | |  | |  | | | | |  |  |  | |

\*En procedimientos de Imagenología Intervencional

**REG 1.3 – Segundo elemento medible:** Se ha definido indicador y umbral de cumplimiento:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Pabellón de CMA** | | |
| Nombre del indicador |  | |
| Fórmula matemática |  | |
| Umbral de cumplimiento: | | Periodicidad de la evaluación: |
| **PRO Endoscópicos** | | |
| Nombre del indicador |  | |
| Fórmula matemática |  | |
| Umbral de cumplimiento: | | Periodicidad de la evaluación: |
| **Dental** | | |
| Nombre del indicador |  | |
| Fórmula matemática |  | |
| Umbral de cumplimiento: | | Periodicidad de la evaluación: |
| **APR** | | |
| Nombre del indicador |  | |
| Fórmula matemática |  | |
| Umbral de cumplimiento: | | Periodicidad de la evaluación: |
| **APQ** | | |
| Nombre del indicador |  | |
| Fórmula matemática |  | |
| Umbral de cumplimiento: | | Periodicidad de la evaluación: |
| **API** | | |
| Nombre del indicador |  | |
| Fórmula matemática |  | |
| Umbral de cumplimiento: | | Periodicidad de la evaluación: |
| **Cir. Adulto** | | |
| Nombre del indicador |  | |
| Fórmula matemática |  | |
| Umbral de cumplimiento: | | Periodicidad de la evaluación: |
| **Med.** | | |
| Nombre del indicador |  | |
| Fórmula matemática |  | |
| Umbral de cumplimiento: | | Periodicidad de la evaluación: |
| **Ped.** | | |
| Nombre del indicador |  | |
| Fórmula matemática |  | |
| Umbral de cumplimiento: | | Periodicidad de la evaluación: |
| **Neo** | | |
| Nombre del indicador |  | |
| Fórmula matemática |  | |
| Umbral de cumplimiento: | | Periodicidad de la evaluación: |
| **URG** | | |
| Nombre del indicador |  | |
| Fórmula matemática |  | |
| Umbral de cumplimiento: | | Periodicidad de la evaluación: |

**REG 1.3 – Tercer elemento medible:** Existe constancia de que se ha realizado la evaluación periódica.

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Pabellón de CMA** | | | | | | | |
| Nombre documento | |  | | | | | |
| Responsable medición | |  | | | | | |
| Fuente primaria | |  | | | | | |
| Fuente secundaria | |  | | | | | |
| Periodo evaluado | |  | | | | | |
| Metodología de medición del prestador | |  | | | | | |
| Metodología de constatación | |  | | | | | |
| **Período evaluado** | **Resultados entregados por el prestador para el periodo evaluado** | | | | **Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados** | | |
| Mes/año | Cumplidas | | Total | % Cumplimiento | Cumplidas | Total | % Cumplimiento |
|  |  | |  |  |  |  |  |
|  |  | |  |  |  |  |  |
|  |  | |  |  |  |  |  |
|  |  | |  |  |  |  |  |
|  |  | |  |  |  |  |  |
|  |  | |  |  |  |  |  |
| Descripción de los hallazgos: | | | | | | | |
| **PRO Endoscópicos** | | | | | | | |
| Nombre documento | |  | | | | | |
| Responsable medición | |  | | | | | |
| Fuente primaria | |  | | | | | |
| Fuente secundaria | |  | | | | | |
| Periodo evaluado | |  | | | | | |
| Metodología de medición del prestador | |  | | | | | |
| Metodología de constatación | |  | | | | | |
| **Período evaluado** | **Resultados entregados por el prestador para el periodo evaluado** | | | | **Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados** | | |
| Mes/año | Cumplidas | | Total | % Cumplimiento | Cumplidas | Total | % Cumplimiento |
|  |  | |  |  |  |  |  |
|  |  | |  |  |  |  |  |
|  |  | |  |  |  |  |  |
|  |  | |  |  |  |  |  |
|  |  | |  |  |  |  |  |
|  |  | |  |  |  |  |  |
| Descripción de los hallazgos: | | | | | | | |
| **Dental** | | | | | | | |
| Nombre documento | |  | | | | | |
| Responsable medición | |  | | | | | |
| Fuente primaria | |  | | | | | |
| Fuente secundaria | |  | | | | | |
| Periodo evaluado | |  | | | | | |
| Metodología de medición del prestador | |  | | | | | |
| Metodología de constatación | |  | | | | | |
| **Período evaluado** | **Resultados entregados por el prestador para el periodo evaluado** | | | | **Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados** | | |
| Mes/año | Cumplidas | | Total | % Cumplimiento | Cumplidas | Total | % Cumplimiento |
|  |  | |  |  |  |  |  |
|  |  | |  |  |  |  |  |
|  |  | |  |  |  |  |  |
|  |  | |  |  |  |  |  |
|  |  | |  |  |  |  |  |
|  |  | |  |  |  |  |  |
| Descripción de los hallazgos: | | | | | | | |
| **APR** | | | | | | | |
| Nombre documento | |  | | | | | |
| Responsable medición | |  | | | | | |
| Fuente primaria | |  | | | | | |
| Fuente secundaria | |  | | | | | |
| Periodo evaluado | |  | | | | | |
| Metodología de medición del prestador | |  | | | | | |
| Metodología de constatación | |  | | | | | |
| **Período evaluado** | **Resultados entregados por el prestador para el periodo evaluado** | | | | **Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados** | | |
| Mes/año | Cumplidas | | Total | % Cumplimiento | Cumplidas | Total | % Cumplimiento |
|  |  | |  |  |  |  |  |
|  |  | |  |  |  |  |  |
|  |  | |  |  |  |  |  |
|  |  | |  |  |  |  |  |
|  |  | |  |  |  |  |  |
|  |  | |  |  |  |  |  |
| Descripción de los hallazgos: | | | | | | | |
| **APQ** | | | | | | | |
| Nombre documento | |  | | | | | |
| Responsable medición | |  | | | | | |
| Fuente primaria | |  | | | | | |
| Fuente secundaria | |  | | | | | |
| Periodo evaluado | |  | | | | | |
| Metodología de medición del prestador | |  | | | | | |
| Metodología de constatación | |  | | | | | |
| **Período evaluado** | **Resultados entregados por el prestador para el periodo evaluado** | | | | **Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados** | | |
| Mes/año | Cumplidas | | Total | % Cumplimiento | Cumplidas | Total | % Cumplimiento |
|  |  | |  |  |  |  |  |
|  |  | |  |  |  |  |  |
|  |  | |  |  |  |  |  |
|  |  | |  |  |  |  |  |
|  |  | |  |  |  |  |  |
|  |  | |  |  |  |  |  |
| Descripción de los hallazgos: | | | | | | | |
| **API\*** | | | | | | | |
| Nombre documento | |  | | | | | |
| Responsable medición | |  | | | | | |
| Fuente primaria | |  | | | | | |
| Fuente secundaria | |  | | | | | |
| Periodo evaluado | |  | | | | | |
| Metodología de medición del prestador | |  | | | | | |
| Metodología de constatación | |  | | | | | |
| **Período evaluado** | **Resultados entregados por el prestador para el periodo evaluado** | | | | **Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados** | | |
| Mes/año | Cumplidas | | Total | % Cumplimiento | Cumplidas | Total | % Cumplimiento |
|  |  | |  |  |  |  |  |
|  |  | |  |  |  |  |  |
|  |  | |  |  |  |  |  |
|  |  | |  |  |  |  |  |
|  |  | |  |  |  |  |  |
|  |  | |  |  |  |  |  |
| Descripción de los hallazgos: | | | | | | | |
| **Cir. Adulto** | | | | | | | |
| Nombre documento | |  | | | | | |
| Responsable medición | |  | | | | | |
| Fuente primaria | |  | | | | | |
| Fuente secundaria | |  | | | | | |
| Periodo evaluado | |  | | | | | |
| Metodología de medición del prestador | |  | | | | | |
| Metodología de constatación | |  | | | | | |
| **Período evaluado** | **Resultados entregados por el prestador para el periodo evaluado** | | | | **Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados** | | |
| Mes/año | Cumplidas | | Total | % Cumplimiento | Cumplidas | Total | % Cumplimiento |
|  |  | |  |  |  |  |  |
|  |  | |  |  |  |  |  |
|  |  | |  |  |  |  |  |
|  |  | |  |  |  |  |  |
|  |  | |  |  |  |  |  |
|  |  | |  |  |  |  |  |
| Descripción de los hallazgos: | | | | | | | |
| **Med** | | | | | | | |
| Nombre documento | |  | | | | | |
| Responsable medición | |  | | | | | |
| Fuente primaria | |  | | | | | |
| Fuente secundaria | |  | | | | | |
| Periodo evaluado | |  | | | | | |
| Metodología de medición del prestador | |  | | | | | |
| Metodología de constatación | |  | | | | | |
| **Período evaluado** | **Resultados entregados por el prestador para el periodo evaluado** | | | | **Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados** | | |
| Mes/año | Cumplidas | | Total | % Cumplimiento | Cumplidas | Total | % Cumplimiento |
|  |  | |  |  |  |  |  |
|  |  | |  |  |  |  |  |
|  |  | |  |  |  |  |  |
|  |  | |  |  |  |  |  |
|  |  | |  |  |  |  |  |
|  |  | |  |  |  |  |  |
| Descripción de los hallazgos: | | | | | | | |
| **Ped** | | | | | | | |
| Nombre documento | |  | | | | | |
| Responsable medición | |  | | | | | |
| Fuente primaria | |  | | | | | |
| Fuente secundaria | |  | | | | | |
| Periodo evaluado | |  | | | | | |
| Metodología de medición del prestador | |  | | | | | |
| Metodología de constatación | |  | | | | | |
| **Período evaluado** | **Resultados entregados por el prestador para el periodo evaluado** | | | | **Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados** | | |
| Mes/año | Cumplidas | | Total | % Cumplimiento | Cumplidas | Total | % Cumplimiento |
|  |  | |  |  |  |  |  |
|  |  | |  |  |  |  |  |
|  |  | |  |  |  |  |  |
|  |  | |  |  |  |  |  |
|  |  | |  |  |  |  |  |
|  |  | |  |  |  |  |  |
| Descripción de los hallazgos: | | | | | | | |
| **Neo** | | | | | | | |
| Nombre documento | |  | | | | | |
| Responsable medición | |  | | | | | |
| Fuente primaria | |  | | | | | |
| Fuente secundaria | |  | | | | | |
| Periodo evaluado | |  | | | | | |
| Metodología de medición del prestador | |  | | | | | |
| Metodología de constatación | |  | | | | | |
| **Período evaluado** | **Resultados entregados por el prestador para el periodo evaluado** | | | | **Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados** | | |
| Mes/año | Cumplidas | | Total | % Cumplimiento | Cumplidas | Total | % Cumplimiento |
|  |  | |  |  |  |  |  |
|  |  | |  |  |  |  |  |
|  |  | |  |  |  |  |  |
|  |  | |  |  |  |  |  |
|  |  | |  |  |  |  |  |
|  |  | |  |  |  |  |  |
| Descripción de los hallazgos: | | | | | | | |
| **URG** | | | | | | | |
| Nombre documento | |  | | | | | |
| Responsable medición | |  | | | | | |
| Fuente primaria | |  | | | | | |
| Fuente secundaria | |  | | | | | |
| Periodo evaluado | |  | | | | | |
| Metodología de medición del prestador | |  | | | | | |
| Metodología de constatación | |  | | | | | |
| **Período evaluado** | **Resultados entregados por el prestador para el periodo evaluado** | | | | **Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados** | | |
| Mes/año | Cumplidas | | Total | % Cumplimiento | Cumplidas | Total | % Cumplimiento |
|  |  | |  |  |  |  |  |
|  |  | |  |  |  |  |  |
|  |  | |  |  |  |  |  |
|  |  | |  |  |  |  |  |
|  |  | |  |  |  |  |  |
|  |  | |  |  |  |  |  |
| Descripción de los hallazgos: | | | | | | | |

**CARACTERÍSTICA REG 1.3 / FUNDAMENTOS**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Elemento medible | Pab. CMA | Pro End. | | Dental | APR | APQ | | API | Cir. Ad. | Med. | Ped. | | Neo | URG |
| 1° EM |  |  | |  |  |  | |  |  |  |  | |  |  |
| 2° EM |  |  | |  |  |  | |  |  |  |  | |  |  |
| 3° EM |  |  | |  |  |  | |  |  |  |  | |  |  |
| **Umbral de la característica: ≥ 50%** | | | Puntaje total: | | | | Porcentaje obtenido: | | | | | Cumple: | | |

**CARACTERÍSTICA REG 1.4 / HALLAZGOS**

**REG 1.4 – Primer elemento medible:** Se describen en documento(s) los procedimientos de entrega, recepción y conservación de fichas clínicas y se han designado los responsables de su aplicación.

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Archivo (U otra Unidad donde se realizan los procedimientos pertinentes)** | | | | | | | |
| Nombre del documento: | | | | | | | |
| Fecha elab: | | Fecha vigencia: | | | Versión: | | N° páginas: |
| Elaborado por: | | | | Aprobado por: | | | |
| **Incluye proced. (SI/NO)** | 1. Entrega de fichas: | | 2. Recepción de fichas: | | | 3. Conservación de fichas: | |
| Responsable aplicación (SI/NO): | | | | | | | |
| Breve descripción del contenido del documento: | | | | | | | |

**REG 1.4 – Segundo elemento medible:** Se ha definido indicador y umbral de cumplimiento.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Archivo (U otra Unidad donde se realizan los procedimientos pertinentes)** | | |
| Nombre del indicador |  | |
| Fórmula matemática |  | |
| Umbral de cumplimiento: | | Periodicidad de la evaluación: |

**REG 1.4 – Tercer elemento medible:** Existe constancia de que se ha realizado la evaluación periódica.

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Archivo (U otra Unidad donde se realizan los procedimientos pertinentes)** | | | | | | | |
| Nombre documento | |  | | | | | |
| Responsable medición | |  | | | | | |
| Fuente primaria | |  | | | | | |
| Fuente secundaria | |  | | | | | |
| Periodo evaluado | |  | | | | | |
| Metodología de medición del prestador | |  | | | | | |
| Metodología de constatación | |  | | | | | |
| **Período evaluado** | **Resultados entregados por el prestador para el periodo evaluado** | | | | **Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados** | | |
| Mes/año | Cumplidas | | Total | % Cumplimiento | Cumplidas | Total | % Cumplimiento |
|  |  | |  |  |  |  |  |
|  |  | |  |  |  |  |  |
|  |  | |  |  |  |  |  |
|  |  | |  |  |  |  |  |
|  |  | |  |  |  |  |  |
|  |  | |  |  |  |  |  |
| Descripción de los hallazgos: | | | | | | | |

**CARACTERÍSTICA REG 1.4 / FUNDAMENTOS**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Puntaje asignado (1-0-NA)** | Archivo | 1° EM: | | 2° EM: | | 3° EM: |
| **Umbral de la característica: ≥ 66%** | Puntaje total: | | Porcentaje obtenido: | | Cumple: | |

**ÁMBITO SEGURIDAD DEL EQUIPAMIENTO (EQ)**

**CARACTERÍSTICA EQ 1.1 / HALLAZGOS**

**EQ 1.1 Primer elemento medible:** Se describe en documento de carácter institucional el procedimiento para la adquisición de equipamiento que considera al menos:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Dirección o Gerencia** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nombre del documento: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| N° Resolución: | | | | | | | | Versión: | | | | | | | | | | | | | | | | Fecha elab: | | | | | | | | | | | | | | |
| Elaborado por: | | | | | | | | | | | | | | | Aprobado por: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Carácter institucional: | | | | | | | | Fecha vigencia: | | | | | | | | | | | | | | | | N° páginas: | | | | | | | | | | | | | | |
| **El documento considera al menos:** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. Responsable de adquisición | | | |  | | 2. Participación de personal  técnico y usuario | | | | | | | | | |  | | | | 3. Sistema de evaluación de calidad técnica  del equipamiento a ser adquirido | | | | | | | | | | | | | |  | | | |
| **Considera al menos los siguientes equipos (SI/NO/NA):** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. Equipos de monitorización hemodinámica: | | | | | | | | | |  | | 2. Monitores desfibriladores: | | | | | | | | | | | | |  | | 3. Ventiladores fijos | | | | | | | |  | | | |
| 4. Ventiladores de transporte | | | | | SI | | 5. Máquinas de anestesia | | | | | | | | |  | | 6. Ambulancias de urgencia | | | | | | | | | |  | 7. Incubadoras | | | | | | |  | |
| 8. Autoclaves |  | | 9. Campanas de flujo laminar (Todas) | | | | | | | | | | | | | |  | | | | 10. Equipos de laboratorio | | | | | | | | | | |  | | | | |
| 10. a) Contadores hematológicos | |  | 10. b) Equipos para determinación de electrolitos y gases | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | 10. c) Analizadores automatizados de química clínica | | | | | | | | | | |  | | | |
| 10. d) Equipos automatizados para microbiología, hormonas e inmunología | | | | | | | | |  | | | | 11. e) Microscopio de fluorescencia | | | | | | | | | |  | | | 12. f) Lectores de ELISA | | | | |  | | | | | |
| 11.Refrigeradores y congeladores para sangre y hemoderivados | | | | | | | | | | |  | | | 12.Equipos de diálisis y tratamiento de aguas | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | |
| 13.Equipos de Imagenología (Todos) | | | | | | | | | | |  | | | 14.Equipos de Radioterapia (Todos) | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | |
| Breve descripción del contenido del documento: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

**EQ 1.1 – Segundo elemento medible:** Existe constancia de la participación del personal técnico y usuarios en la compra del equipamiento.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Dirección o Gerencia** | | | |
| Metodología de constatación (considerar las distintas formas de adquisición de los equipos): | | | |
| Nombre del documento | Fecha constatada | Equipo | Cuenta con evaluación del personal Técnico y usuario (SI/NO) |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| Descripción de los hallazgos: | | | |

**CARACTERÍSTICA EQ 1.1 / FUNDAMENTOS**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Puntaje asignado (1-0-NA)** | Dirección o Gerencia | | 1° EM: | 2° EM: | |
| **Umbral de la característica: 100%** | Puntaje total: | Porcentaje obtenido: | | | Cumple: |

**CARACTERÍSTICA EQ 1.2 / HALLAZGOS**

**EQ 1.2 – Primer elemento medible:** Existe un documento de carácter institucional donde se describe un sistema de seguimiento de vida útil del equipamiento relevante para la seguridad de los usuarios que incluye al menos:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Dirección o Gerencia** | | | | | | | | | | | | | | |
| Nombre del documento: | | | | | | | | | | | | | | |
| N° Resolución: | | | | | Versión: | | | | | Fecha: | | | | |
| Elaborado por: | | | | | | Aprobado por: | | | | | | | | |
| Carácter institucional: | | | | | Fecha vigencia: | | | | | N° páginas: | | | | |
| **El documento describe al menos (SI/NO/NA):** | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. Equipamiento de anestesia | |  | | 2. Equipos de monitorización hemodinámica | | | | |  | | 3. Monitores desfibriladores | | |  |
| 4. Ventiladores fijos |  | | 5. Ventiladores de transporte | | | |  | 6. Monitores de diálisis | | | |  | 7. Incubadoras |  |
| Breve descripción del contenido del documento: | | | | | | | | | | | | | | |

**EQ 1.2 – Segundo elemento medible:** Existe un informe anual de las necesidades de reposición del equipamiento crítico.

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre del informe: | |
| Responsable del informe: | Firmado por: |
| Periodo evaluado: | Fecha de elaboración: |
| Breve descripción del contenido del documento: | |

**CARACTERÍSTICA EQ 1.2 / FUNDAMENTOS**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Puntaje asignado (1-0-NA)** | Dirección o Gerencia | 1° EM: | 2° EM: | |
| **Umbral de la característica: ≥ 50%** | Puntaje total: | Porcentaje obtenido: | | Cumple: |

**CARACTERÍSTICA EQ 2.1 OBLIGATORIA / HALLAZGOS**

**EQ 2.1 – Primer elemento medible:** Se ha designado el profesional responsable del mantenimiento preventivo del equipamiento a nivel institucional.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Dirección o Gerencia** | | |
| Documento que formaliza la designación: | | |
| Firmado por: | | Fecha: |
| Nombre responsable: | Cargo de la designación: | |

**EQ 2.1 – Segundo elemento medible:** Se describe en un documento el programa de mantenimiento preventivo que incorpora al menos:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Dirección o Gerencia** | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nombre del documento: | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Fecha elab: | Versión: | | | | | | Fecha vigencia: | | | | | | | N° páginas: | | | | |
| Elaborado por: | | | | | | | | | Aprobado por: | | | | | | | | | |
| **El documento incluye al menos los siguientes equipos (SI/NO/NA):** | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. Equipos de monitorización hemodinámica: | | | |  | 2. Monitores desfibriladores: | | | | | |  | 3. Ventiladores fijos | | | | |  | |
| 4. Ventiladores de transporte | |  | 5. Máquinas de anestesia | | | | |  | | 6. Ambulancias de urgencia | | |  | | 7. Incubadoras | | |  |
| **El documento considera (SI/NO):** | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. Características del mantenimiento | | | | | |  | | | | 2. Periodicidad | | | | | |  | | |
| Breve descripción del contenido del documento: | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

**EQ 2.1 – Tercer elemento medible:** Existe constancia de que se ha ejecutado el mantenimiento preventivo según programa, en los equipos mencionados.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Dirección o Gerencia del Prestador** | | | | | | | | |
| **Mantenimiento preventivo de equipos de monitorización hemodinámica** | | | | | | | | |
| Metodología de constatación: | | | | | | | | |
| Equipo/serie /código | Periodicidad mantención | Fecha mantención prestador | Fecha constatada | | | Documentos revisados | Cumple periodicidad | Cumple protocolo |
|  |  |  |  | | |  |  |  |
|  |  |  |  | | |  |  |  |
|  |  |  |  | | |  |  |  |
|  |  |  |  | | |  |  |  |
|  |  |  |  | | |  |  |  |
| Descripción de los hallazgos: | | | | | | | | |
| **Mantenimiento preventivo de monitores desfibriladores** | | | | | | | | |
| Metodología de constatación: | | | | | | | | |
| Equipo/serie /código | Periodicidad mantención | Fecha mantención prestador | Fecha constatada | | Documentos revisados | | Cumple periodicidad | Cumple protocolo |
|  |  |  |  | |  | |  |  |
|  |  |  |  | |  | |  |  |
|  |  |  |  | |  | |  |  |
|  |  |  |  | |  | |  |  |
|  |  |  |  | |  | |  |  |
| Descripción de los hallazgos: | | | | | | | | |
| **Mantenimiento preventivo de ventiladores fijos** | | | | | | | | |
| Metodología de constatación: | | | | | | | | |
| Equipo/serie /código | Periodicidad mantención | Fecha mantención prestador | Fecha constatada | | Documentos revisados | | Cumple periodicidad | Cumple protocolo |
|  |  |  |  | |  | |  |  |
|  |  |  |  | |  | |  |  |
|  |  |  |  | |  | |  |  |
|  |  |  |  | |  | |  |  |
|  |  |  |  | |  | |  |  |
| Descripción de los hallazgos: | | | | | | | | |
| **Mantenimiento preventivo de ventiladores de transporte** | | | | | | | | |
| Metodología de constatación: | | | | | | | | |
| Equipo/serie /código | Periodicidad mantención | Fecha mantención prestador | Fecha constatada | Documentos revisados | | | Cumple periodicidad | Cumple protocolo |
|  |  |  |  |  | | |  |  |
|  |  |  |  |  | | |  |  |
|  |  |  |  |  | | |  |  |
|  |  |  |  |  | | |  |  |
|  |  |  |  |  | | |  |  |
| Descripción de los hallazgos: | | | | | | | | |
| **Mantenimiento preventivo de máquinas de anestesia** | | | | | | | | |
| Metodología de constatación: | | | | | | | | |
| Equipo/serie /código | Periodicidad mantención | Fecha mantención prestador | Fecha constatada | Documentos revisados | | | Cumple periodicidad | Cumple protocolo |
|  |  |  |  |  | | |  |  |
|  |  |  |  |  | | |  |  |
|  |  |  |  |  | | |  |  |
|  |  |  |  |  | | |  |  |
|  |  |  |  |  | | |  |  |
| Descripción de los hallazgos: | | | | | | | | |
| **Mantenimiento preventivo de incubadoras** | | | | | | | | |
| Metodología de constatación: | | | | | | | | |
| Equipo/serie /código | Periodicidad mantención | Fecha mantención prestador | Fecha constatada | Documentos revisados | | | Cumple periodicidad | Cumple protocolo |
|  |  |  |  |  | | |  |  |
|  |  |  |  |  | | |  |  |
|  |  |  |  |  | | |  |  |
|  |  |  |  |  | | |  |  |
|  |  |  |  |  | | |  |  |
| Descripción de los hallazgos: | | | | | | | | |
| **Mantenimiento preventivo de ambulancias de urgencia** | | | | | | | | |
| Metodología de constatación: | | | | | | | | |
| Patente | Periodicidad mantención | Fecha mantención prestador | Fecha constatada | Documentos revisados | | | Cumple periodicidad | Cumple protocolo |
|  |  |  |  |  | | |  |  |
|  |  |  |  |  | | |  |  |
|  |  |  |  |  | | |  |  |
|  |  |  |  |  | | |  |  |
|  |  |  |  |  | | |  |  |
| Descripción de los hallazgos: | | | | | | | | |

**CARACTERÍSTICA EQ 2.1 OBLIGATORIA / FUNDAMENTOS**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Puntaje asignado (1-0-NA)** | Dirección o Gerencia | 1° EM: | | 2° EM: | | 3° EM: |
| **Umbral de la característica: 100%** | Puntaje total: | | Porcentaje obtenido: | | Cumple: | |

**CARACTERÍSTICA EQ 2.2 / HALLAZGOS**

**EQ 2.2 Primer elemento medible:** Se describe en un documento el programa de mantenimiento preventivo que incorpora al menos:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Dirección o Gerencia** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nombre del documento: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Versión: | | | Fecha elab: | | | | | | | | | | Fecha vigencia: | | | | | | | N° páginas: | | | | | | |
| Elaborado por: | | | | | | | | | | Aprobado por: | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **El documento incluye al menos los siguientes equipos (SI/NO/NA)** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. Autoclaves |  | 2. Campanas de flujo laminar (Todas) | | | | | | | | | |  | | | 3. Equipos de laboratorio | | | | | | | | | |  | |
| 3. a) Contadores hematológicos |  | 3. b) Equipos para determinación de electrolitos y gases | | | | | | | | |  | | | 3. c) Analizadores automatizados de química clínica | | | | | | | | | |  | | |
| 3. d) Equipos automatizados para microbiología, hormonas e inmunología | | | | |  | | 3. e) Microscopio de fluorescencia | | |  | | | 3. f) Lectores de ELISA | | | | |  | 3.g) Autoclaves Laboratorio | | | | | | |  |
| 4.Refrigeradores y congeladores para sangre y hemoderivados | | | | | | | |  | 5.Equipos de diálisis y tratamiento de aguas | | | | | | | | | | | |  | | | | | |
| 6.Equipos de Imagenología (Todos) | | | |  | | 7.Equipos de Radioterapia (Todos) | | | | | | | | | |  | 8. Autoclaves SEDILE | | | | | |  | | | |
| **El documento considera (SI/NO):** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. Características del mantenimiento | | | | | | | |  | | 2. Periodicidad | | | | | | | | | | | |  | | | | |
| Breve descripción del contenido del documento: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

**EQ 2.2 – Segundo elemento medible:** Existe constancia de que se ha realizado el mantenimiento preventivo según programa en los equipos mencionados.

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Dirección o Gerencia del Prestador** | | | | | | |
| **1**. **Mantenimiento preventivo de Autoclaves** | | | | | | |
| Metodología de constatación: | | | | | | |
| Equipo/serie /código | Periodicidad mantención | Fecha mantención prestador | Fecha constatada | Documentos revisados | Cumple periodicidad | Cumple protocolo |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| Descripción de los hallazgos: | | | | | | |
| **2. Mantenimiento preventivo de campanas de flujo laminar\*** (\* incluye todas las campanas en uso en la institución) | | | | | | |
| Metodología de constatación: | | | | | | |
| Equipo/serie /código | Periodicidad mantención | Fecha mantención prestador | Fecha constatada | Documentos revisados | Cumple periodicidad | Cumple protocolo |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| Descripción de los hallazgos: | | | | | | |
| **3. Mantenimiento preventivo de equipos de laboratorio** | | | | | | |
| **3. a) Mantenimiento preventivo de contadores hematológicos** | | | | | | |
| Metodología de constatación: | | | | | | |
| Equipo/serie /código | Periodicidad mantención | Fecha mantención prestador | Fecha constatada | Documentos revisados | Cumple periodicidad | Cumple protocolo |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| Descripción de los hallazgos: | | | | | | |
| **3. b) Mantenimiento preventivo de equipos para determinación de electrolitos y gases** | | | | | | |
| Metodología de constatación: | | | | | | |
| Equipo/serie /código | Periodicidad mantención | Fecha mantención prestador | Fecha constatada | Documentos revisados | Cumple periodicidad | Cumple protocolo |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| Descripción de los hallazgos: | | | | | | |
| **3. c) Mantenimiento preventivo de analizadores automatizados de química clínica** | | | | | | |
| Metodología de constatación: | | | | | | |
| Equipo/serie /código | Periodicidad mantención | Fecha mantención prestador | Fecha constatada | Documentos revisados | Cumple periodicidad | Cumple protocolo |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| Descripción de los hallazgos: | | | | | | |
| **3. d) Mantenimiento preventivo de equipos automatizados para microbiología, hormonas e inmunología** | | | | | | |
| Metodología de constatación: | | | | | | |
| Patente | Periodicidad mantención | Fecha mantención prestador | Fecha constatada | Documentos revisados | Cumple periodicidad | Cumple protocolo |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| Descripción de los hallazgos: | | | | | | |
| **3. e) Mantenimiento preventivo de microscopio de fluorescencia** | | | | | | |
| Metodología de constatación: | | | | | | |
| Equipo/serie /código | Periodicidad mantención | Fecha mantención prestador | Fecha constatada | Documentos revisados | Cumple periodicidad | Cumple protocolo |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| Descripción de los hallazgos: | | | | | | |
| **3. f) Mantenimiento preventivo de lectores de ELISA** | | | | | | |
| Metodología de constatación: | | | | | | |
| Equipo/serie /código | Periodicidad mantención | Fecha mantención prestador | Fecha constatada | Documentos revisados | Cumple periodicidad | Cumple protocolo |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| Descripción de los hallazgos: | | | | | | |
|  | | | | | | |
| **3. g) Mantenimiento preventivo de Autoclaves Laboratorio** | | | | | | |
| Metodología de constatación: | | | | | | |
| Equipo/serie /código | Periodicidad mantención | Fecha mantención prestador | Fecha constatada | Documentos revisados | Cumple periodicidad | Cumple protocolo |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| Descripción de los hallazgos: | | | | | | |
| **4. Mantenimiento preventivo de refrigeradores y congeladores para sangre y hemoderivados** | | | | | | |
| Metodología de constatación: | | | | | | |
| Equipo/serie /código | Periodicidad mantención | Fecha mantención prestador | Fecha constatada | Documentos revisados | Cumple periodicidad | Cumple protocolo |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| Descripción de los hallazgos: | | | | | | |
| **5. Mantenimiento preventivo de equipos de diálisis y tratamiento de aguas** | | | | | | |
| Metodología de constatación: | | | | | | |
| Equipo/serie /código | Periodicidad mantención | Fecha mantención prestador | Fecha constatada | Documentos revisados | Cumple periodicidad | Cumple protocolo |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| Descripción de los hallazgos: | | | | | | |
| **6. Mantenimiento preventivo de equipos de Imagenología (todos)** | | | | | | |
| Metodología de constatación: | | | | | | |
| Equipo/serie /código | Periodicidad mantención | Fecha mantención prestador | Fecha constatada | Documentos revisados | Cumple periodicidad | Cumple protocolo |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| Descripción de los hallazgos: | | | | | | |
| **7. Mantenimiento preventivo de equipos de radioterapia (todos)** | | | | | | |
| Metodología de constatación: | | | | | | |
| Equipo/serie /código | Periodicidad mantención | Fecha mantención prestador | Fecha constatada | Documentos revisados | Cumple periodicidad | Cumple protocolo |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| Descripción de los hallazgos: | | | | | | |
|  | | | | | | |
| **8. Mantenimiento preventivo de Autoclaves SEDILE** | | | | | | |
| Metodología de constatación: | | | | | | |
| Equipo/serie /código | Periodicidad mantención | Fecha mantención prestador | Fecha constatada | Documentos revisados | Cumple periodicidad | Cumple protocolo |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| Descripción de los hallazgos: | | | | | | |

**CARACTERÍSTICA EQ 2.2 / FUNDAMENTOS**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Puntaje asignado (1-0-NA)** | Dirección o Gerencia | 1° EM: | | 2° EM: | |
| **Umbral de la característica: ≥ 50%** | Puntaje total: | | Porcentaje obtenido: | | Cumple: |

**CARACTERÍSTICA EQ 3.1 / HALLAZGOS**

|  |
| --- |
| Equipos evaluados en esta característica y que el prestador no posee: |

**EQ 3.1 – Primer elemento medible**: Se describe en un documento de carácter institucional el perfil técnico o profesional del personal autorizado para operar los equipos relevantes, que considera al menos:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Dirección o Gerencia** | | | | | | | | | |
| Nombre del documento: | | | | | | | | | |
| N° Resolución: | | | Versión: | | | | | Fecha elab: | |
| Elaborado por: | | | | | Aprobado por: | | | | |
| Carácter institucional: | | | Fecha vigencia: | | | | | N° páginas: | |
| **Incluye descripción de perfil técnico o profesional para personal autorizado para operar los siguientes equipos (SI/NO/NA):** | | | | | | | | | |
| 1. Ventiladores fijos y de transporte: | | 2. Monitores desfibriladores: | | | | | 3. Máquinas de anestesia: | | 4. Autoclaves: |
| 5. Equipos de laboratorio: | 6. Equipos de diálisis: | | | | | 7. Equipos de radioterapia: | | | |
| 8. Equipos de Imagenología: | | | | 9. Autoclaves SEDILE | | | | | |
| Breve descripción del contenido del documento: | | | | | | | | | |

**CARACTERÍSTICA EQ 3.1 / FUNDAMENTOS:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Puntaje asignado (1-0-NA)** | Dirección o Gerencia | | Primer elemento medible: | |
| **Umbral de la característica: 100%** | Puntaje total: | Porcentaje obtenido: | | Cumple: |

**ÁMBITO SEGURIDAD DE LAS INSTALACIONES (INS)**

**CARACTERÍSTICA INS 1.1 OBLIGATORIA / HALLAZGOS**

**INS 1.1 – Primer elemento medible:** Se ha designado un responsable institucional del plan de prevención de incendios.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Dirección o Gerencia** | | |
| Documento que formaliza la designación: | | |
| Firmado por: | | Fecha: |
| Nombre responsable: | Cargo de la designación: | |

**INS 1.1 – Segundo elemento medible:** Se documenta un plan institucional de prevención de incendios.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Dirección o Gerencia** | | | | | | | | | |
| Nombre del documento: | | | | | | | | | |
| N° Resolución: | | Versión: | Fecha elab: | | | | Fecha vigencia: | N° páginas: | |
| Elaborado por: | | | | Aprobado por: | | | | | |
| **Considera (SI/NO)** | 1. Medidas preventivas generales | | | |  | 1. Medidas preventivas específicas | | |  |
| Breve descripción del contenido del documento: | | | | | | | | | |

**INS 1.1 – Tercer elemento medible:** Existe informe de evaluación de riesgo de incendio elaborado por bomberos (quinquenal)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Dirección o Gerencia** | | | | | | | | |
| Nombre del informe: | | | | | | | | |
| Elaborado por: | | | | | | | | |
| Fecha elaboración: | | Fecha vigencia: | | | | N° páginas: | | |
| **Considera (SI/NO)** | 1. Evaluación de riesgo de incendio | |  | 1. Elaborado o conocido por bomberos |  | | 1. Informe Quinquenal |  |
| Breve descripción del contenido del documento: | | | | | | | | |

**INS 1.1 – Cuarto elemento medible:** Existe un análisis de los resultados del informe de la evaluación y decisiones adoptadas al respecto.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Dirección o Gerencia** | | | | | |
| Nombre del documento: | | | | | |
| Elaborado por: | | | Firmado por: | | |
| Fecha elaboración: | | | N° páginas: | | |
| **Considera (SI/NO)** | 1. Análisis de los resultados |  | | 1. Registro de las medidas adoptadas |  |
| Breve descripción del contenido del documento: | | | | | |

**INS 1.1 – Quinto elemento medible:** Se constatan elementos preventivos.

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Constata recarga vigente de extintores:** | | | | | | |
| N° de Id. Extintor verificado | Lugar de verificación | | | | Recarga vigente (SI/NO) | |
|  |  | | | |  | |
|  |  | | | |  | |
|  |  | | | |  | |
|  |  | | | |  | |
|  |  | | | |  | |
|  |  | | | |  | |
|  |  | | | |  | |
|  |  | | | |  | |
|  |  | | | |  | |
|  |  | | | |  | |
| Descripción de hallazgos: | | | | | | |
| **Constata red húmeda y seca accesibles:** | | | | | | |
| Id. Red verificada | Lugar de verificación | | | | Cumple (SI/NO) | |
|  |  | | | |  | |
|  |  | | | |  | |
|  |  | | | |  | |
|  |  | | | |  | |
|  |  | | | |  | |
| Descripción de hallazgos: | | | | | | |
| **Constata mantenimiento preventivo de red seca y húmeda y sistemas automatizados:** | | | | | | |
| Id. Red o sistema verificado | | Fecha mantención prestador | Fecha constatada | Documentos Revisados | | Cumple (SI/NO) |
|  | |  |  |  | |  |
|  | |  |  |  | |  |
|  | |  |  |  | |  |
|  | |  |  |  | |  |
|  | |  |  |  | |  |
| Descripción de hallazgos: | | | | | | |

**CARACTERÍSTICA INS 1.1 OBLIGATORIA / FUNDAMENTOS**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Puntaje asignado (1-0-NA)** | 1° EM: | | 2° EM: | 3° EM: | 4° EM: | | 5° EM: |
| Dirección o Gerencia |  | |  |  |  | |  |
| General |  | |  |  |  | |  |
| **Umbral de la característica: ≥ 80%** | | Puntaje total: | | Porcentaje obtenido: | | Cumple: | |

**CARACTERÍSTICA INS 2.1 / HALLAZGOS**

**INS 2.1 – Primer elemento medible:** Se ha designado responsable institucional del plan de evacuación.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Dirección o Gerencia** | | |
| Documento que formaliza la designación: | | |
| Firmado por: | Fecha: | |
| Nombre responsable: | | Cargo de la designación: |

**INS 2.1 – Segundo elemento medible:** Se documenta un plan institucional de evacuación que contempla al menos:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nombre del documento: | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| N° Resolución: | | | | | Versión: | | | | | | | | Fecha elab: | | | | |
| Elaborado por: | | | | | | | | | | Aprobado por: | | | | | | | |
| Carácter institucional: | | | | | Fecha vigencia: | | | | | | | | N° páginas: | | | | |
| **El documento descrito contempla al menos (SI/NO):** | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. Responsables locales plan evacuación | | | | | | | |  | | 2. Funciones de los responsables | | | | | | |  |
| 3. Procedimiento de evacuación | | | | | | | |  | | 4. Sistema de comunicación alternativo | | | | | | |  |
| El Plan considera al menos los eventos de **(SI/NO)**: | | | | | | | Incendio: | | | | | Sismo: | | | Inundación: | | |
| Breve descripción del contenido del documento: | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Se constata el documento descrito en los siguientes puntos de verificación: SI/NO/NA** | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Dirección | PQ | UPC  Ad. | UPC  Ped | UPC Neo | | Ped. | Neo | | Cir. Inf. | | Med. | Cir. Ad. | | Sectores de espera de público en Cons. Amb. | | Toma Muestra | URG |
|  |  |  |  |  | |  |  | |  | |  |  | |  | |  |  |

**INS 2.1 – Tercer elemento medible:** Existe constancia de que se han ejecutado anualmente simulacros y/o simulaciones del plan de evacuación.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Punto de Verificación | Documento Revisado | Fecha constatada | Cumple (SI/NO) |
| PQ |  |  |  |
| UPC Ad. |  |  |  |
| UPC Ped |  |  |  |
| UPC Neo |  |  |  |
| Ped |  |  |  |
| Neo |  |  |  |
| Cir. Inf |  |  |  |
| Med |  |  |  |
| Cir. Ad |  |  |  |
| Sectores Espera Público Cons. Amb.\* |  |  |  |
| Toma de Muestras |  |  |  |
| URG |  |  |  |

**INS 2.1 – Cuarto elemento medible:** Se constata que el personal entrevistado tiene conocimiento de aspectos generales del plan de evacuación.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Punto de verificación | N° Entrevistados | N° Respuestas correctas | N° Respuestas incorrectas | Cumple (SI/NO) |
| PQ |  |  |  |  |
| UPC Ad |  |  |  |  |
| UPC Ped |  |  |  |  |
| UPC Neo |  |  |  |  |
| Ped |  |  |  |  |
| Neo |  |  |  |  |
| Cir. Inf. |  |  |  |  |
| Med. |  |  |  |  |
| Cir. Ad |  |  |  |  |
| Salas Espera Cons. Amb.\* |  |  |  |  |
| Toma de Muestras |  |  |  |  |
| URG |  |  |  |  |

\*Dos sectores con mayor afluencia de público

**CARACTERÍSTICA INS 2.1 / FUNDAMENTOS**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| EM | Dirección | PQ | UPC Ad. | UPC Ped | UPC Neo | | Ped. | Neo | Cir. Inf. | Med. | | Cir. Ad. | Sec. Esp. De Público en Cons.Amb. | | Toma de Muestra | URG |
| 1° EM |  |  |  |  |  | |  |  |  |  | |  |  | |  |  |
| 2° EM |  |  |  |  |  | |  |  |  |  | |  |  | |  |  |
| 3° EM |  |  |  |  |  | |  |  |  |  | |  |  | |  |  |
| 4° EM |  |  |  |  |  | |  |  |  |  | |  |  | |  |  |
| **Umbral de la característica: ≥ 75%** | | | | | | Puntaje total: | | | | | Porcentaje obtenido: | | | Cumple: | | |

**CARACTERÍSTICA INS 2.2 / HALLAZGOS**

**INS 2.2 - Primer elemento medible:** Se ha designado responsable institucional de la mantención y actualización periódica de la señalética de las vías de evacuación del establecimiento:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Dirección o Gerencia** | | |
| Documento que formaliza la designación: | | |
| Firmado por: | | Fecha: |
| Nombre responsable: | Cargo de la designación: | |

**INS 2.2 Segundo elemento medible:** Se constata disponibilidad de señalética de vías de evacuación (considerar iluminación, posición, tamaño, claridad de lectura o interpretación).

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Sectores de Espera de Público (1)** | | | |
| Indicar ubicación de señaléticas observadas: | | | |
| **Describir:** | 1. Iluminación: | | 2. Posición: |
| 3. Tamaño: | | 4. Claridad de lectura: | |
| **Sectores de Espera de Público (2)** | | | |
| Indicar ubicación de señaléticas observadas: | | | |
| **Describir:** | 1. Iluminación: | | 2. Posición: |
| 3. Tamaño: | | 4. Claridad de lectura: | |
| **Pasillos de Circulación** | | | |
| Indicar ubicación de señaléticas observadas: | | | |
| **Describir:** | 1. Iluminación: | | 2. Posición: |
| 3. Tamaño: | | 4. Claridad de lectura: | |

**CARACTERÍSTICA INS 2.2 / FUNDAMENTOS**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Puntaje asignado (1-0-NA)** | Dirección | | Sector Espera Público (1) | | Sector Espera Público (2) | Pasillos de Circulación | |
| Primer elemento medible |  | |  | |  |  | |
| Segundo elemento medible |  | |  | |  |  | |
| **Umbral de la característica: ≥ 75%** | | Puntaje total: | | Porcentaje obtenido: | | | Cumple: |

**CARACTERÍSTICA INS 3.1 / HALLAZGOS**

**INS 3.1 – Primer elemento medible:** Se ha designado un responsable institucional del mantenimiento preventivo de las instalaciones.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Dirección o Gerencia** | | |
| Documento que formaliza designación: | | |
| Firmado por: | | Fecha: |
| Nombre responsable: | Cargo de la designación: | |

**INS 3.1 – Segundo elemento medible:** Se documenta un programa de mantenimiento preventivo que incluye al menos:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Dirección o Gerencia** | | | | | | | | | | | | | | |
| Nombre del documento: | | | | | | | | | | | | | | |
| Fecha: | | Versión: | | | | | | | Fecha vigencia: | | | N° páginas: | | |
| Elaborado por: | | | | | | | | Aprobado por: | | | | | | |
| **El documento incluye el programa de mantenimiento preventivo de al menos (SI/NO/NA):** | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. Ascensores |  | | 2. Calderas | | | | | | |  | 3. Techumbre | | |  |
| 4. Sistemas de aspiración y gases clínicos | | | |  | 6. Sistemas de climatización para unidades y áreas clínicas relevantes | | | | | | | | |  |
| **El documento considera (SI/NO):** | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. Características del mantenimiento | | | | | |  | 2. Periodicidad | | | | | |  | |
| Breve descripción del contenido del documento: | | | | | | | | | | | | | | |

**INS 3.1 – Tercer elemento medible:** Se constata ejecución de programa de mantenimiento preventivo.

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Se constata en Dirección o Gerencia del Prestador** | | | | | | |
| **Mantenimiento preventivo de ascensores** | | | | | | |
| Metodología de constatación: | | | | | | |
| Serie /código/Id. | Periodicidad mantención | Fecha mantención prestador | Fecha constatada | Documento revisado | Cumple periodicidad | Cumple protocolo |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| Descripción de hallazgos: | | | | | | |
| **Mantenimiento preventivo de calderas** | | | | | | |
| Metodología de constatación: | | | | | | |
| Serie /código | Periodicidad mantención | Fecha mantención prestador | Fecha constatada | Documento revisado | Cumple periodicidad | Cumple protocolo |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| Descripción de hallazgos: | | | | | | |
| **Mantenimiento preventivo de techumbre** | | | | | | |
| Metodología de constatación: | | | | | | |
| Equipo/serie /código | Periodicidad mantención | Fecha mantención prestador | Fecha constatada | Documento revisado | Cumple periodicidad | Cumple protocolo |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| Descripción de hallazgos: | | | | | | |
| **Mantenimiento preventivo de sistema de aspiración y gases clínicos** | | | | | | |
| Metodología de constatación: | | | | | | |
| Serie /código | Periodicidad mantención | Fecha mantención prestador | Fecha constatada | Documento revisado | Cumple periodicidad | Cumple protocolo |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| Descripción de hallazgos: | | | | | | |
| **Mantenimiento preventivo de sistemas de climatización para unidades y áreas clínicas relevantes** | | | | | | |
| Metodología de constatación: | | | | | | |
| Equipo/serie /código | Periodicidad mantención | Fecha mantención prestador | Fecha constatada | Documento revisado | Cumple periodicidad | Cumple protocolo |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| Descripción de los hallazgos: | | | | | | |

**CARACTERÍSTICA INS 3.1 / FUNDAMENTOS**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Puntaje asignado (1-0-NA)** | Dirección o Gerencia | | 1° EM: | | 2° EM: | 3° EM: | |
| **Umbral de la característica: 100%** | | Puntaje total: | | Porcentaje obtenido: | | | Cumple: |

**CARACTERÍSTICA INS 3.2 / HALLAZGOS**

**INS 3.2 – Primer elemento medible:** Se ha designado responsable institucional del plan de contingencia en caso de interrupción de suministro eléctrico y agua potable.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Dirección o Gerencia** | | |
| Documento que formaliza designación: | | |
| Firmado por: | Fecha: | |
| Nombre responsable: | | Cargo de la designación: |

**INS 3.2 – Segundo elemento medible:** Se documenta un plan de contingencia en caso de interrupción de suministro eléctrico y agua potable.

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Dirección o Gerencia** | | | | | | |
| Nombre del documento: | | | | | | |
| Elaborado por: | | Aprobado por: | | | | |
| Fecha vigencia: | | | | N° páginas: | | |
| **Incluye plan de contingencia en caso de (SI/NO):** | 1. Interrupción de suministro eléctrico | |  | | 2. Interrupción de suministro de agua potable |  |
| Breve descripción del contenido del documento: | | | | | | |

**INS 3.2 – Tercer elemento medible:** Existen registros que dan cuenta de mantenimiento preventivo.

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Dirección o Gerencia** | | | | | | | |
| **Mantenimiento preventivo de sistema de generadores de energía de emergencia** | | | | | | | |
| Metodología de constatación: | | | | | | | |
| Características del mantenimiento: | | | | | | | |
| Periodicidad de mantención | Fecha mantención prestador | Fecha constatada | Documento revisado | | Cumple periodicidad | | Cumple protocolo |
|  |  |  |  | |  | |  |
|  |  |  |  | |  | |  |
|  |  |  |  | |  | |  |
| Periodicidad de Pruebas de los sistemas | Fecha del prestador | Fecha constatada | | Documento revisado | | Cumple | |
|  |  |  | |  | |  | |
|  |  |  | |  | |  | |
|  |  |  | |  | |  | |
|  |  |  | |  | |  | |
|  |  |  | |  | |  | |
| Descripción de hallazgos: | | | | | | | |
| **Mantenimiento preventivo de estanques de agua de emergencia** | | | | | | | |
| Metodología de constatación: | | | | | | | |
| Características del mantenimiento y Revisión periódica de la calidad del agua: | | | | | | | |
| Periodicidad | Fecha mantención y revisión en el prestador | Fecha constatada | Documento revisado | | Cumple periodicidad | | Cumple protocolo |
|  |  |  |  | |  | |  |
|  |  |  |  | |  | |  |
|  |  |  |  | |  | |  |
| Descripción de hallazgos: | | | | | | | |

**INS 3.2 – Cuarto elemento medible:** Se constata operación de los sistemas de emergencia.

|  |
| --- |
| **Dirección o Gerencia** |
| Describir la constatación operación de generadores de energía de emergencia: |
| Describir la constatación calidad macroscópica del agua de estanques de reserva: |

**CARACTERÍSTICA INS 3.2 / FUNDAMENTOS**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Puntaje asignado (1-0-NA)** | Dirección o Gerencia | | 1° EM: | | 2° EM: | 3° EM: | | 4° EM: |
| **Umbral de la característica: ≥ 75%** | | Puntaje total: | | Porcentaje obtenido: | | | Cumple: | |

**SERVICIOS DE APOYO DIAGNÓSTICO O TERAPÉUTICO**

**SERVICIOS DE APOYO – LABORATORIO CLÍNICO (APL)**

**CARACTERÍSTICA APL 1.1 / HALLAZGOS**

**APL 1.1 – Elemento medible:** Se verifica que la compra de prestaciones se realiza solamente a terceros acreditados.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Dirección o Gerencia** | | | | | |
| Prestador al que compra | N° Autorización Sanitaria (A.S.) | Fecha A.S. | SEREMI/SSDS | Copia fiel original documento (Si/No) | N° Registro Acreditación |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

**CARACTERÍSTICA APL 1.1 / FUNDAMENTOS**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Puntaje asignado (1-0-NA)** | Dirección o Gerencia | | Primer elemento medible: | |
| **Umbral de la característica: 100%** | Puntaje total: | Porcentaje obtenido: | | Cumple: |

**CARACTERÍSTICA APL 1.2 / HALLAZGOS**

**APL 1.2 – Primer elemento medible:** Se describen en documento(s) elaborado(s) por Laboratorio Clínico, los procedimientos relacionados con el proceso de toma de muestra y su traslado, incluyendo:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Laboratorio Clínico** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nombre del documento: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Fecha elab: | | | | Versión: | | | | | | | | Fecha vigencia: | | | | N° páginas: | | | |
| Elaborado por: | | | | | | | | | | | Aprobado por: | | | | | | | | |
| **El documento incluye los siguientes procedimientos (SI/NO):** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. Instrucciones de preparación del paciente | | | | | |  | | 2. Procedimiento de toma de muestra para los exámenes realizados | | | | | | | | | | |  |
| 3. Rotulación de las muestras | |  | | | 4. Conservación de las muestras | | | | | | |  | | 5. Traslado de las muestras | | | | |  |
| 6. Criterios de rechazo de muestras | | | | | | | |  | | 7. Se han definido responsables de su aplicación | | | | | | | |  | |
| Breve descripción del contenido del documento: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Se constata el documento descrito en los siguientes puntos de verificación: SI/NO/NA** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Laboratorio | Toma Muestra | | UPC Ad. | | | | UPC Ped. | | UPC Neo | | | | Medicina | | Pediatría | | Urgencia | | |
|  |  | |  | | | |  | |  | | | |  | |  | |  | | |

**APL 1.2 – Segundo elemento medible:** Se ha definido indicador y umbral de cumplimiento relacionado con problemas de la toma de muestra detectados en el Laboratorio.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Toma de Muestra** | | |
| Nombre del indicador |  | |
| Fórmula matemática |  | |
| Umbral de cumplimiento: | | Periodicidad de la evaluación: |
| **UPC Adulto** | | |
| Nombre del indicador |  | |
| Fórmula matemática |  | |
| Umbral de cumplimiento: | | Periodicidad de la evaluación: |
| **UPC Ped.** | | |
| Nombre del indicador |  | |
| Fórmula matemática |  | |
| Umbral de cumplimiento: | | Periodicidad de la evaluación: |
| **UPC Neo** | | |
| Nombre del indicador |  | |
| Fórmula matemática |  | |
| Umbral de cumplimiento: | | Periodicidad de la evaluación: |
| **Medicina** | | |
| Nombre del indicador |  | |
| Fórmula matemática |  | |
| Umbral de cumplimiento: | | Periodicidad de la evaluación: |
| **Pediatría** | | |
| Nombre del indicador |  | |
| Fórmula matemática |  | |
| Umbral de cumplimiento: | | Periodicidad de la evaluación: |
| **Urgencia** | | |
| Nombre del indicador |  | |
| Fórmula matemática |  | |
| Umbral de cumplimiento: | | Periodicidad de la evaluación: |

**APL 1.2– Tercer elemento medible:** Existe constancia de que se ha realizado la evaluación periódica.

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Toma de Muestra** | | | | | | | |
| Nombre documento |  | | | | | | |
| Responsable medición |  | | | | | | |
| Fuente primaria |  | | | | | | |
| Fuente secundaria |  | | | | | | |
| Periodo evaluado |  | | | | | | |
| Metodología de medición del prestador |  | | | | | | |
| Metodología de constatación |  | | | | | | |
| **Período evaluado** | **Resultados entregados por el prestador para el periodo evaluado** | | | **Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados** | | | |
| Mes/año | Cumplidas | Total | % Cumplimiento | Cumplidas | | Total | % Cumplimiento |
|  |  |  |  |  | |  |  |
|  |  |  |  |  | |  |  |
|  |  |  |  |  | |  |  |
|  |  |  |  |  | |  |  |
|  |  |  |  |  | |  |  |
|  |  |  |  |  | |  |  |
| Descripción de los hallazgos: | | | | | | | |
| **UPC Ad** | | | | | | | |
| Nombre documento |  | | | | | | |
| Responsable medición |  | | | | | | |
| Fuente primaria |  | | | | | | |
| Fuente secundaria |  | | | | | | |
| Periodo evaluado |  | | | | | | |
| Metodología de medición del prestador |  | | | | | | |
| Metodología de constatación |  | | | | | | |
| **Período evaluado** | **Resultados entregados por el prestador para el periodo evaluado** | | | **Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados** | | | |
| Mes/año | Cumplidas | Total | % Cumplimiento | Cumplidas | Total | | % Cumplimiento |
|  |  |  |  |  |  | |  |
|  |  |  |  |  |  | |  |
|  |  |  |  |  |  | |  |
|  |  |  |  |  |  | |  |
|  |  |  |  |  |  | |  |
|  |  |  |  |  |  | |  |
| Descripción de los hallazgos: | | | | | | | |
| **UPC Ped** | | | | | | | |
| Nombre documento |  | | | | | | |
| Responsable medición |  | | | | | | |
| Fuente primaria |  | | | | | | |
| Fuente secundaria |  | | | | | | |
| Periodo evaluado |  | | | | | | |
| Metodología de medición del prestador |  | | | | | | |
| Metodología de constatación |  | | | | | | |
| **Período evaluado** | **Resultados entregados por el prestador para el periodo evaluado** | | | **Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados** | | | |
| Mes/año | Cumplidas | Total | % Cumplimiento | Cumplidas | Total | | % Cumplimiento |
|  |  |  |  |  |  | |  |
|  |  |  |  |  |  | |  |
|  |  |  |  |  |  | |  |
|  |  |  |  |  |  | |  |
|  |  |  |  |  |  | |  |
|  |  |  |  |  |  | |  |
| Descripción de los hallazgos: | | | | | | | |
| **UPC Neo** | | | | | | | |
| Nombre documento |  | | | | | | |
| Responsable medición |  | | | | | | |
| Fuente primaria |  | | | | | | |
| Fuente secundaria |  | | | | | | |
| Periodo evaluado |  | | | | | | |
| Metodología de medición del prestador |  | | | | | | |
| Metodología de constatación |  | | | | | | |
| **Período evaluado** | **Resultados entregados por el prestador para el periodo evaluado** | | | **Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados** | | | |
| Mes/año | Cumplidas | Total | % Cumplimiento | Cumplidas | Total | | % Cumplimiento |
|  |  |  |  |  |  | |  |
|  |  |  |  |  |  | |  |
|  |  |  |  |  |  | |  |
|  |  |  |  |  |  | |  |
|  |  |  |  |  |  | |  |
|  |  |  |  |  |  | |  |
| Descripción de los hallazgos: | | | | | | | |
| **Medicina** | | | | | | | |
| Nombre documento |  | | | | | | |
| Responsable medición |  | | | | | | |
| Fuente primaria |  | | | | | | |
| Fuente secundaria |  | | | | | | |
| Periodo evaluado |  | | | | | | |
| Metodología de medición del prestador |  | | | | | | |
| Metodología de constatación |  | | | | | | |
| **Período evaluado** | **Resultados entregados por el prestador para el periodo evaluado** | | | **Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados** | | | |
| Mes/año | Cumplidas | Total | % Cumplimiento | Cumplidas | Total | | % Cumplimiento |
|  |  |  |  |  |  | |  |
|  |  |  |  |  |  | |  |
|  |  |  |  |  |  | |  |
|  |  |  |  |  |  | |  |
|  |  |  |  |  |  | |  |
|  |  |  |  |  |  | |  |
| Descripción de los hallazgos: | | | | | | | |
| **Pediatría** | | | | | | | |
| Nombre documento |  | | | | | | |
| Responsable medición |  | | | | | | |
| Fuente primaria |  | | | | | | |
| Fuente secundaria |  | | | | | | |
| Periodo evaluado |  | | | | | | |
| Metodología de medición del prestador |  | | | | | | |
| Metodología de constatación |  | | | | | | |
| **Período evaluado** | **Resultados entregados por el prestador para el periodo evaluado** | | | **Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados** | | | |
| Mes/año | Cumplidas | Total | % Cumplimiento | Cumplidas | Total | | % Cumplimiento |
|  |  |  |  |  |  | |  |
|  |  |  |  |  |  | |  |
|  |  |  |  |  |  | |  |
|  |  |  |  |  |  | |  |
|  |  |  |  |  |  | |  |
|  |  |  |  |  |  | |  |
| Descripción de los hallazgos: | | | | | | | |
| **Urgencia** | | | | | | | |
| Nombre documento |  | | | | | | |
| Responsable medición |  | | | | | | |
| Fuente primaria |  | | | | | | |
| Fuente secundaria |  | | | | | | |
| Periodo evaluado |  | | | | | | |
| Metodología de medición del prestador |  | | | | | | |
| Metodología de constatación |  | | | | | | |
| **Período evaluado** | **Resultados entregados por el prestador para el periodo evaluado** | | | **Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados** | | | |
| Mes/año | Cumplidas | Total | % Cumplimiento | Cumplidas | Total | | % Cumplimiento |
|  |  |  |  |  |  | |  |
|  |  |  |  |  |  | |  |
|  |  |  |  |  |  | |  |
|  |  |  |  |  |  | |  |
|  |  |  |  |  |  | |  |
|  |  |  |  |  |  | |  |
| Descripción de los hallazgos: | | | | | | | |

**APL 1.2– Cuarto elemento medible:** Se constata que el Laboratorio dispone de formularios para entrega de información a los pacientes ambulatorios en relación con:**(SI/NO/NA)**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Laboratorio Clínico \*** | | | | | |
| 1. Formulario instrucciones de preparación del paciente |  | 2. Formulario toma y traslado de muestras |  | 3. Formulario plazos de entrega de los exámenes |  |
| **Toma de muestra \*** | | | | | |
| 1. Formulario instrucciones de preparación del paciente |  | 2. Formulario toma y traslado de muestras |  | 3. Formulario plazos de entrega de los exámenes |  |

\*Laboratorio Clínico y/o Toma de muestra dependiendo donde acudan los pacientes.

**CARACTERÍSTICA APL 1.2 / FUNDAMENTOS**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| EM | Laboratorio | Toma Muestra | UPC Ad. | | UPC Ped. | UPC Neo | | Medicina | Pediatría | | Urgencia |
| 1° EM |  |  |  | |  |  | |  |  | |  |
| 2° EM |  |  |  | |  |  | |  |  | |  |
| 3° EM |  |  |  | |  |  | |  |  | |  |
| 4° EM |  |  |  | |  |  | |  |  | |  |
| **Umbral de la característica: ≥ 75%** | | | | Puntaje total: | | | Porcentaje obtenido: | | | Cumple: | |

**CARACTERÍSTICA APL 1.3 / HALLAZGOS**

**APL 1.3 – Primer elemento medible:** Se describen en documento(s) los procedimientos respecto de

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Microbiología** | | | | | | | | | |
| Nombre del documento: | | | | | | | | | |
| Fecha elab: | Versión: | | | | Fecha vigencia: | N° páginas: | | | |
| Elaborado por: | | | | Aprobado por: | | | | | |
| **El documento incluye al menos: (SI/NO)** | | | | | | | | | |
| 1. Técnicas de ejecución de los exámenes | |  | 2. Tiempos de respuesta de exámenes | | | | |  | |
| 3. Protocolos de Control de Calidad Internos, requisitos de calidad y utilización de calibradores o controles | | | | | | |  | | |
| Breve descripción del contenido del documento: | | | | | | | | | |
| **Hematología** | | | | | | | | | |
| Nombre del documento: | | | | | | | | | |
| Versión: | Fecha elab: | | | | Fecha vigencia: | N° páginas: | | | |
| Elaborado por: | | | | Aprobado por: | | | | | |
| **El documento incluye al menos: (SI/NO)** | | | | | | | | | |
| 1. Técnicas de ejecución de los exámenes | |  | 2. Tiempos de respuesta de exámenes | | | | |  | |
| 3. Protocolos de Control de Calidad Internos, requisitos de calidad y utilización de calibradores o controles | | | | | | | | |  |
| Breve descripción del contenido del documento: | | | | | | | | | |
| **Bioquímica** | | | | | | | | | |
| Nombre del documento: | | | | | | | | | |
| Versión: | Fecha elab: | | | | Fecha vigencia: | N° páginas: | | | |
| Elaborado por: | | | | Aprobado por: | | | | | |
| **El documento incluye al menos: (SI/NO)** | | | | | | | | | |
| 1. Técnicas de ejecución de los exámenes | |  | 2. Tiempos de respuesta de exámenes | | | | |  | |
| 3. Protocolos de Control de Calidad Internos, requisitos de calidad y utilización de calibradores o controles | | | | | | | | |  |
| Breve descripción del contenido del documento: | | | | | | | | | |

**APL 1.3 – Segundo elemento medible:** Se ha definido indicador y umbral de cumplimiento relacionado con: tiempo de respuesta de exámenes urgentes o provenientes de unidades críticas.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Microbiología** | | |
| Nombre del indicador |  | |
| Fórmula matemática |  | |
| Umbral de cumplimiento: | | Periodicidad de la evaluación: |
| **Hematología** | | |
| Nombre del indicador |  | |
| Fórmula matemática |  | |
| Umbral de cumplimiento: | | Periodicidad de la evaluación: |
| **Bioquímica** | | |
| Nombre del indicador |  | |
| Fórmula matemática |  | |
| Umbral de cumplimiento: | | Periodicidad de la evaluación: |

**APL 1.3– Tercer elemento medible:** Existe constancia de que se ha realizado la evaluación periódica.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Microbiología** | | | | | | | | |
| Nombre documento | | |  | | | | | |
| Responsable medición | | |  | | | | | |
| Fuente primaria | | |  | | | | | |
| Fuente secundaria | | |  | | | | | |
| Periodo evaluado | | |  | | | | | |
| Metodología de medición del prestador | | |  | | | | | |
| Metodología de constatación | | |  | | | | | |
| **Período evaluado** | **Resultados entregados por el prestador para el periodo evaluado** | | | | **Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados** | | |
| Mes/año | Cumplidas | | Total | % Cumplimiento | Cumplidas | Total | % Cumplimiento |
|  |  | |  |  |  |  |  |
|  |  | |  |  |  |  |  |
|  |  | |  |  |  |  |  |
|  |  | |  |  |  |  |  |
|  |  | |  |  |  |  |  |
|  |  | |  |  |  |  |  |
| Descripción de los hallazgos: | | | | | | | | |
| **Hematología** | | | | | | | | |
| Nombre documento | | |  | | | | | |
| Responsable medición | | |  | | | | | |
| Fuente primaria | | |  | | | | | |
| Fuente secundaria | | |  | | | | | |
| Periodo evaluado | | |  | | | | | |
| Metodología de medición del prestador | | |  | | | | | |
| Metodología de constatación | | |  | | | | | |
| **Período evaluado** | **Resultados entregados por el prestador para el periodo evaluado** | | | | **Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados** | | |
| Mes/año | Cumplidas | | Total | % Cumplimiento | Cumplidas | Total | % Cumplimiento |
|  |  | |  |  |  |  |  |
|  |  | |  |  |  |  |  |
|  |  | |  |  |  |  |  |
|  |  | |  |  |  |  |  |
|  |  | |  |  |  |  |  |
|  |  | |  |  |  |  |  |
| Descripción de los hallazgos: | | | | | | | | |
| **Bioquímica** | | | | | | | | |
| Nombre documento | | |  | | | | | |
| Responsable medición | | |  | | | | | |
| Fuente primaria | | |  | | | | | |
| Fuente secundaria | | |  | | | | | |
| Periodo evaluado | | |  | | | | | |
| Metodología de medición del prestador | | |  | | | | | |
| Metodología de constatación | | |  | | | | | |
| **Período evaluado** | **Resultados entregados por el prestador para el periodo evaluado** | | | | **Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados** | | |
| Mes/año | Cumplidas | | Total | % Cumplimiento | Cumplidas | Total | % Cumplimiento |
|  |  | |  |  |  |  |  |
|  |  | |  |  |  |  |  |
|  |  | |  |  |  |  |  |
|  |  | |  |  |  |  |  |
|  |  | |  |  |  |  |  |
|  |  | |  |  |  |  |  |
| Descripción de los hallazgos: | | | | | | | | |

**APL 1.3– Cuarto elemento medible:** Se constata ejecución de controles de calidad internos en las diferentes áreas del Laboratorio Clínico en forma periódica de acuerdo a procedimiento local.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Describir constatación de la ejecución de controles internos | | | | |
| Metodología de constatación: | | | | |
| Área | Tipo de control | Frecuencia programada | Frecuencia constatada | Cumple (SI/NO) |
| Microbiología |  |  |  |  |
| Hematología |  |  |  |  |
| Bioquímica |  |  |  |  |
| Descripción de los hallazgos: | | | | |

**CARACTERÍSTICA APL 1.3 / FUNDAMENTOS**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Puntaje asignado (1-0-NA)** | 1° elemento medible | | 2° elemento medible | | 3° elemento medible | 4° elemento medible | |
| Microbiología |  | |  | |  |  | |
| Hematología |  | |  | |  |  | |
| Bioquímica |  | |  | |  |  | |
| **Umbral de la característica: ≥ 75%** | | Puntaje total: | | Porcentaje obtenido: | | | Cumple: |

**CARACTERÍSTICA APL 1.4 OBLIGATORIA / HALLAZGOS**

**APL 1.4 – Primer elemento medible:** Existen registros de participación en Programa de Evaluación Externa de la Calidad en todas las áreas en que el Laboratorio realiza prestaciones.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Laboratorio Clínico** | | | | |
| Breve descripción de la constatación de registros de participación en PEEC: | | | | |
| Programa | Subprograma | PEEC adscrito | Identificación del documento de participación | |
|  |  |  |  | |
|  |  |  |  | |
|  |  |  |  | |
|  |  |  |  | |
|  |  |  |  | |
|  |  |  |  | |
| La adscripción al programa, contempla todas áreas técnicas, de acuerdo a cartera de prestaciones **(SI/NO)** | | | |  |
| Descripción de los hallazgos: | | | | |

**APL 1.4 – Segundo elemento medible:** Se documentan análisis y acciones de mejora en caso de incumplimiento de requisitos establecidos en el Programa de Control de Calidad Externo.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Laboratorio Clínico** | | | | | |
| Programa | Subprograma | Analitos Insatisfactorios (SI/NO) | Fecha de resultado | Análisis (SI/NO) | Plan de Mejora  (SI/NO) |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| Descripción de los hallazgos: | | | | | |

**CARACTERÍSTICA APL 1.4 OBLIGATORIA / FUNDAMENTOS**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Puntaje asignado (1-0-NA)** | Laboratorio Clínico | 1° EM: | | 2°EM: | |
| **Umbral de la característica:100%** | Puntaje total: | | Porcentaje obtenido: | | Cumple: |

**CARACTERÍSTICA APL 1.5 OBLIGATORIA / HALLAZGOS**

**APL 1.5 – Primer elemento medible:** Se describen en un documento las condiciones de bioseguridad en todas las etapas del proceso del Laboratorio.

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Laboratorio Clínico** | | | | | | |
| Nombre del documento: | | | | | | |
| Fecha elab: | Versión: | | | Fecha vigencia: | | N° páginas: |
| Elaborado por: | | | Aprobado por: | | | |
| Condiciones de bioseguridad en todas las etapas del proceso del laboratorio: **(SI/NO)** | | | | | | |
| Etapa pre analítica | | Etapa analítica | | | Etapa Post analítica | |
|  | |  | | |  | |
| Breve descripción del contenido del documento: | | | | | | |

**APL 1.5 – Segundo elemento medible:** Se constata cumplimiento de uso de protección del personal en la manipulación de muestras clínicas de acuerdo a procedimiento local.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Laboratorio Clínico** | | | | | |
| Metodología de constatación: | | | | | |
| N° personas observadas |  | N° personas que cumplen |  | N° personas que no cumplen |  |
| Describir incumplimientos detectados: | | | | | |

**CARACTERÍSTICA APL 1.5 OBLIGATORIA / FUNDAMENTOS**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Puntaje asignado (1-0-NA)** | Laboratorio Clínico | 1° EM: | | 2°EM: | |
| **Umbral de la característica:100%** | Puntaje total: | | Porcentaje obtenido: | | Cumple: |

**SERVICIOS DE APOYO – FARMACIA (APF)**

**CARACTERÍSTICA APF 1.1 / HALLAZGOS**

**APF 1.1 – Elemento medible:** Se verifica que la compra de prestaciones se realiza solamente a prestadores formalizados por la autoridad sanitaria competente.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Dirección o Gerencia** | | | | | |
| Prestador al que compra | N° Autorización Sanitaria (A.S.) | Fecha A.S. | SEREMI/SSDS | Copia fiel original documento (Si/No) | N° Registro Acreditación |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

**CARACTERÍSTICA APF 1.1 / FUNDAMENTOS**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Puntaje asignado (1-0-NA)** | Dirección o Gerencia | | Primer elemento medible: | |
| **Umbral de la característica: 100%** | Puntaje total: | Porcentaje obtenido: | | Cumple: |

**CARACTERÍSTICA APF 1.2 / HALLAZGOS**

**APF 1.2 – Primer Elemento medible:** Se constata formalización y funcionamiento del Comité de Farmacia. \* (U otra estructura organizacional de carácter técnico).

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Unidad de Farmacia** | | | | | | |
| Nombre del documento: | | | | | | |
| N° Resolución: | | Versión: | Fecha elab: | | Fecha vigencia: | N° páginas: |
| Elaborado por: | | | | Aprobado por: | | |
| **Define (SI/NO)** | Formalización y funcionamiento del Comité de Farmacia: | | | | | |
| Breve descripción del contenido del documento: | | | | | | |

**APF 1.2 – Segundo Elemento medible:** Se describe en un documento de carácter institucional el procedimiento de adquisición de medicamentos que considera su evaluación técnica.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nombre del documento: | | | | | | | | | | | | | |
| N° Resolución: | | | | Versión: | | | | | | Fecha elab: | | | |
| Carácter institucional: | | | | Fecha vigencia: | | | | | | N° páginas: | | | |
| Elaborado por: | | | | | | Aprobado por: | | | | | | | |
| **Describe (SI/NO)** | | 1. Procedimiento de adquisición de medicamentos | | | | | |  | 2. Considera evaluación técnica | | | |  |
| Breve descripción del contenido del documento: | | | | | | | | | | | | | |
| **Se constata el documento descrito en los siguientes puntos de verificación: (SI/NO/NA)** | | | | | | | | | | | | | |
| Farmacia\*\* | PQ | | UPC Ad. | | UPC Ped. | | UPC Neo | | | | Medicina | APD | |
|  |  | |  | |  | |  | | | |  |  | |

**APF 1.2 – Tercer Elemento medible:** Se describe en un documento de carácter institucional el procedimiento de adquisición de insumos, que considera su evaluación técnica.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nombre del documento: | | | | | | | | | | | | | |
| N° Resolución: | | | | Versión: | | | | | | Fecha elab: | | | |
| Carácter institucional: | | | | Fecha vigencia: | | | | | | N° páginas: | | | |
| Elaborado por: | | | | | | Aprobado por: | | | | | | | |
| **Describe (SI/NO)** | | 1. Procedimiento de adquisición de insumos | | | | | |  | 2. Considera evaluación técnica | | | |  |
| Breve descripción del contenido del documento: | | | | | | | | | | | | | |
| **Se constata el documento descrito en los siguientes puntos de verificación: SI/NO/NA** | | | | | | | | | | | | | |
| Farmacia\*\* | PQ | | UPC Ad. | | UPC Ped. | | UPC Neo | | | | Medicina | APD | |
|  |  | |  | |  | |  | | | |  |  | |

**APF 1.2 – Cuarto Elemento medible:** Se constata participación de los profesionales usuarios en la evaluación técnica de medicamentos.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Unidad | Nombre del documento | Fecha constatación | Descripción de hallazgos | Cumple (SI/NO) |
| PQ |  |  |  |  |
| UPC Ad |  |  |  |  |
| UPC Ped |  |  |  |  |
| Neo |  |  |  |  |
| Medicina |  |  |  |  |
| APD |  |  |  |  |

**APF 1.2 – Quinto Elemento medible:** Se constata participación de los profesionales usuarios en la evaluación técnica de insumos.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Unidad | Nombre del documento | Fecha constatación | Descripción del hallazgo: | Cumple (SI/NO) |
| PQ |  |  |  |  |
| UPC Ad |  |  |  |  |
| UPC Ped |  |  |  |  |
| Neo |  |  |  |  |
| Medicina |  |  |  |  |
| APD |  |  |  |  |

**CARACTERÍSTICA APF 1.2 / FUNDAMENTOS**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Puntaje asignado (1-0-NA)** | 1° EM | | 2° EM | 3° EM | | 4° EM | | 5° EM |
| Unidad de Farmacia \* |  | |  |  | |  | |  |
| PQ |  | |  |  | |  | |  |
| UPC Ad. |  | |  |  | |  | |  |
| UPC Ped. |  | |  |  | |  | |  |
| UPC Neo |  | |  |  | |  | |  |
| Medicina |  | |  |  | |  | |  |
| APD |  | |  |  | |  | |  |
| **Umbral de la característica: ≥ 50%** | | Puntaje total: | | | Porcentaje obtenido: | | Cumple: | |

**CARACTERÍSTICA APF 1.3 OBLIGATORIA / HALLAZGOS**

|  |
| --- |
| Unidades Críticas del Prestador: |

**APF 1.3 – Primer elemento medible:** Se ha designado el responsable de la mantención del stock mínimo de medicamentos e insumos en las unidades críticas de la institución.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Unidad de Farmacia\*\*** | | |
| Documento que formaliza designación: | | |
| Fecha: | Firmado por: | |
| Nombre responsable: | | Cargo de designación: |

**APF 1.3 – Segundo Elemento medible:** Se documenta una definición del stock mínimo de medicamentos e insumos en dichas unidades.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Unidad de Farmacia\*\*** | | | | | | | | |
| Nombre del documento: | | | | | | | | |
| Fecha elab: | Versión: | | | Fecha vigencia: | | | N° páginas: | |
| Elaborado por: | | | Aprobado por: | | | | | |
| Definición de stock mínimo en unidades críticas de **(SI/NO)**: | | Medicamentos | | |  | Insumos | |  |
| Breve descripción del contenido del documento: | | | | | | | | |

**APF 1.3 – Tercer Elemento medible:** Se describe en un documento de carácter institucional el sistema de reposición del stock y periodicidad de éste.

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Unidad de Farmacia\*\*** | | | | | | | |
| Nombre del documento: | | | | | | | |
| N° Resolución: | | Versión: | | | | Fecha elab: | |
| Carácter institucional: | | Fecha vigencia: | | | | N° páginas: | |
| Elaborado por: | | | Aprobado por: | | | | |
| **Describe (SI/NO)** | Sistema de reposición del stock de medicamentos | | |  | Periodicidad de reposición de medicamentos | |  |
| Sistema de reposición del stock de Insumos | | |  | Periodicidad de reposición de Insumos | |  |
| Breve descripción del contenido del documento: | | | | | | | |

**APF 1.3 – Cuarto Elemento medible:** Existe constancia de que el stock mínimo se repone oportunamente.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Describir metodología de constatación: | | | | | | | | | |
| **UNIDAD CRITICA 1: XXXX** | | | | | | | | | |
| Total demedicamentos seleccionados: | | | | Total de medicamentos que cumplen de acuerdo a norma: | | | | | |
| ***Detalle de los medicamentos constatados*** | | | | | | | | | |
| Medicamento | Fecha y hora de solicitud | Medio de solicitud | | | | | Fecha y hora de reposición | Sistema/Documento Revisado | Reposición oportuna según norma |
|  |  |  | | | | |  |  |  |
|  |  |  | | | | |  |  |  |
|  |  |  | | | | |  |  |  |
|  |  |  | | | | |  |  |  |
|  |  |  | | | | |  |  |  |
|  |  |  | | | | |  |  |  |
| Total deinsumos seleccionados: | | | | | Total, de insumos que cumplen de acuerdo a norma: | | | | |
| ***Detalle de los insumos constatados*** | | | | | | | | | |
| Insumo | Fecha y hora de solicitud | Medio de solicitud | | | | | Fecha y hora de reposición | Sistema/Documento Revisado | Reposición oportuna según norma |
|  |  |  | | | | |  |  |  |
|  |  |  | | | | |  |  |  |
|  |  |  | | | | |  |  |  |
|  |  |  | | | | |  |  |  |
|  |  |  | | | | |  |  |  |
| Descripción de hallazgos: | | | | | | | | | |
| **UNIDAD CRITICA 2: XXXXX** | | | | | | | | | |
| Total, demedicamentos seleccionados: | | | Total, de medicamentos que cumplen de acuerdo a norma: | | | | | | |
| ***Detalle de los medicamentos constatados*** | | | | | | | | | |
| Medicamento | Fecha y hora de solicitud | Medio de solicitud | | | | | Fecha y hora de reposición | Sistema/Documento Revisado | Reposición oportuna según norma |
|  |  |  | | | | |  |  |  |
|  |  |  | | | | |  |  |  |
|  |  |  | | | | |  |  |  |
|  |  |  | | | | |  |  |  |
|  |  |  | | | | |  |  |  |
| Total, deinsumos seleccionados: | | | | | Total, de insumos que cumplen de acuerdo a norma: | | | | |
| ***Detalle de los insumos constatados*** | | | | | | | | | |
| Insumo | Fecha y hora de solicitud | Medio de solicitud | | | | | Fecha y hora de reposición | Sistema/Documento Revisado | Reposición oportuna según norma |
|  |  |  | | | | |  |  |  |
|  |  |  | | | | |  |  |  |
|  |  |  | | | | |  |  |  |
|  |  |  | | | | |  |  |  |
|  |  |  | | | | |  |  |  |
| Descripción de hallazgos: | | | | | | | | | |
| **UNIDAD CRITICA 3: XXXXXX** | | | | | | | | | |
| Total, demedicamentos seleccionados: | | | | | | Total, de medicamentos que cumplen de acuerdo a norma: | | | |
| ***Detalle de los medicamentos constatados*** | | | | | | | | | |
| Medicamento | Fecha y hora de solicitud | Medio de solicitud | | | | | Fecha y hora de reposición | Sistema/Documento Revisado | Reposición oportuna según norma |
|  |  |  | | | | |  |  |  |
|  |  |  | | | | |  |  |  |
|  |  |  | | | | |  |  |  |
|  |  |  | | | | |  |  |  |
|  |  |  | | | | |  |  |  |
| Total, deinsumos seleccionados: | | | | | Total, de insumos que cumplen de acuerdo a norma: | | | | |
| ***Detalle de los insumos constatados*** | | | | | | | | | |
| Insumo | Fecha y hora de solicitud | Medio de solicitud | | | | | Fecha y hora de reposición | Sistema/Documento Revisado | Reposición oportuna según norma |
|  |  |  | | | | |  |  |  |
|  |  |  | | | | |  |  |  |
|  |  |  | | | | |  |  |  |
|  |  |  | | | | |  |  |  |
|  |  |  | | | | |  |  |  |
| Descripción de los hallazgos: | | | | | | | | | |

**CARACTERÍSTICA APF 1.3 OBLIGATORIA / FUNDAMENTOS**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Puntaje asignado (1-0 – NA)** | Farmacia | | 1° EM: | | 2° EM: | 3° EM: | | 4° EM: |
| **Umbral de la característica: ≥ 75%** | | Puntaje total: | | Porcentaje obtenido: | | | Cumple: | |

**CARACTERÍSTICA APF 1.4 / HALLAZGOS**

**APF 1.4 – Primer elemento medible:** Se describen en un documento(s) elaborado por Farmacia, los siguientes procedimientos.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Farmacia** | | | | | | | | | | | |
| Nombre del documento: | | | | | | | | | | | |
| Fecha elab: | | | Versión: | | | | | Fecha vigencia: | | N° páginas: | |
| Elaborado por: | | | | | | Aprobado por: | | | | | |
| **El documento describe los siguientes procedimientos (SI/NO):** | | | | | | | | | | | |
| 1. Rotulación de medicamentos |  | 2. Envasado de medicamentos  e insumos | | | | |  | | 3. Despacho de medicamentos e insumos | |  |
| 4. Sistema de eliminación de medicamentos  expirados, en mal estado o sin rotulación adecuada | | | |  | 1. Sistema de reposición de stock mínimo de la Unidad de Farmacia | | | | | |  |
| Breve descripción del contenido del documento: | | | | | | | | | | | |

**APF 1.4 – Segundo elemento medible:** Se ha definido indicador y umbral de cumplimiento.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Farmacia** | | |
| Nombre del indicador |  | |
| Fórmula matemática |  | |
| Umbral de cumplimiento: | | Periodicidad de la evaluación: |

**APF 1.4– Tercer elemento medible:** Existe constancia de que se ha realizado la evaluación periódica.

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Farmacia** | | | | | | |
| Nombre documento |  | | | | | |
| Responsable medición |  | | | | | |
| Fuente primaria |  | | | | | |
| Fuente secundaria |  | | | | | |
| Periodo evaluado |  | | | | | |
| Metodología de medición del prestador |  | | | | | |
| Metodología de constatación |  | | | | | |
| **Período evaluado** | **Resultados entregados por el prestador para el periodo evaluado** | | | **Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados** | | |
| Mes/año | Cumplidas | Total | % Cumplimiento | Cumplidas | Total | % Cumplimiento |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| Descripción de los hallazgos: | | | | | | |

**CARACTERÍSTICA APF 1.4 / FUNDAMENTOS**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Puntaje asignado (1-0-NA)** | Unidad de Farmacia | | 1° EM: | | 2° EM: | 3° EM: | |
| **Umbral de la característica: ≥ 66%** | | Puntaje total: | | Porcentaje obtenido: | | | Cumple: |

**CARACTERÍSTICA APF 1.5 / HALLAZGOS**

**APF 1.5 – Primer elemento medible:** Se describen en un documento(s) elaborado (s) por Farmacia, los procedimientos relacionados con:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Unidad de Farmacia\*** | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nombre del documento: | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Fecha elab: | | | | Versión: | | | | | | Fecha vigencia: | | | | | N° páginas: | | |
| Elaborado por: | | | | | | | | Aprobado por: | | | | | | | | | |
| **El documento describe los siguientes procedimientos (SI/NO):** | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. Almacenamiento y conservación de medicamentos e insumos | | | | | | | | |  | | 2. Formato de prescripción de medicamentos | | | | | |  |
| 3. Solicitud de medicamentos  e insumos desde unidades clínicas | | |  | | 4. Devolución de medicamentos e insumos | | | | | |  | 5. Notificación de reacciones adversas a medicamentos a la autoridad pertinente | | | | |  |
| Breve descripción del contenido del documento: | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Se constata el documento descrito en los siguientes puntos de verificación: SI/NO/NA** | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Farmacia | UPC Ad | UPC Ped | | | | UPC Neo | Medicina | | | | | | URG | PQ | | Ped. | |
|  |  |  | | | |  |  | | | | | |  |  | |  | |

**APF 1.5 – Segundo elemento medible:** Se ha definido indicador y umbral de cumplimiento.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **UPC Ad.** | | |
| Nombre del indicador |  | |
| Fórmula matemática |  | |
| Umbral de cumplimiento: | | Periodicidad de la evaluación: |
| **UPC Ped.** | | |
| Nombre del indicador |  | |
| Fórmula matemática |  | |
| Umbral de cumplimiento: | | Periodicidad de la evaluación: |
| **UPC Neo** | | |
| Nombre del indicador |  | |
| Fórmula matemática |  | |
| Umbral de cumplimiento: | | Periodicidad de la evaluación: |
| **Medicina** | | |
| Nombre del indicador |  | |
| Fórmula matemática |  | |
| Umbral de cumplimiento: | | Periodicidad de la evaluación: |
| **URG** | | |
| Nombre del indicador |  | |
| Fórmula matemática |  | |
| Umbral de cumplimiento: | | Periodicidad de la evaluación: |
| **PQ** | | |
| Nombre del indicador |  | |
| Fórmula matemática |  | |
| Umbral de cumplimiento: | | Periodicidad de la evaluación: |
| **Ped.** | | |
| Nombre del indicador |  | |
| Fórmula matemática |  | |
| Umbral de cumplimiento: | | Periodicidad de la evaluación: |

**APF 1.5– Tercer elemento medible:** Existe constancia de que se ha realizado la evaluación periódica.

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **UPC Ad.** | | | | | | |
| Nombre documento |  | | | | | |
| Responsable medición |  | | | | | |
| Fuente primaria |  | | | | | |
| Fuente secundaria |  | | | | | |
| Periodo evaluado |  | | | | | |
| Metodología de medición del prestador |  | | | | | |
| Metodología de constatación |  | | | | | |
| **Período evaluado** | **Resultados entregados por el prestador para el periodo evaluado** | | | **Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados** | | |
| Mes/año | Cumplidas | Total | % Cumplimiento | Cumplidas | Total | % Cumplimiento |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| Descripción de los hallazgos: | | | | | | |
| **UPC Ped.** | | | | | | |
| Nombre documento |  | | | | | |
| Responsable medición |  | | | | | |
| Fuente primaria |  | | | | | |
| Fuente secundaria |  | | | | | |
| Periodo evaluado |  | | | | | |
| Metodología de medición del prestador |  | | | | | |
| Metodología de constatación |  | | | | | |
| **Período evaluado** | **Resultados entregados por el prestador para el periodo evaluado** | | | **Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados** | | |
| Mes/año | Cumplidas | Total | % Cumplimiento | Cumplidas | Total | % Cumplimiento |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| Descripción de los hallazgos: | | | | | | |
| **UPC Neo.** | | | | | | |
| Nombre documento |  | | | | | |
| Responsable medición |  | | | | | |
| Fuente primaria |  | | | | | |
| Fuente secundaria |  | | | | | |
| Periodo evaluado |  | | | | | |
| Metodología de medición del prestador |  | | | | | |
| Metodología de constatación |  | | | | | |
| **Período evaluado** | **Resultados entregados por el prestador para el periodo evaluado** | | | **Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados** | | |
| Mes/año | Cumplidas | Total | % Cumplimiento | Cumplidas | Total | % Cumplimiento |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| Descripción de los hallazgos: | | | | | | |
| **Medicina** | | | | | | |
| Nombre documento |  | | | | | |
| Responsable medición |  | | | | | |
| Fuente primaria |  | | | | | |
| Fuente secundaria |  | | | | | |
| Periodo evaluado |  | | | | | |
| Metodología de medición del prestador |  | | | | | |
| Metodología de constatación |  | | | | | |
| **Período evaluado** | **Resultados entregados por el prestador para el periodo evaluado** | | | **Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados** | | |
| Mes/año | Cumplidas | Total | % Cumplimiento | Cumplidas | Total | % Cumplimiento |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| Descripción de los hallazgos: | | | | | | |
| **URG** | | | | | | |
| Nombre documento |  | | | | | |
| Responsable medición |  | | | | | |
| Fuente primaria |  | | | | | |
| Fuente secundaria |  | | | | | |
| Periodo evaluado |  | | | | | |
| Metodología de medición del prestador |  | | | | | |
| Metodología de constatación |  | | | | | |
| **Período evaluado** | **Resultados entregados por el prestador para el periodo evaluado** | | | **Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados** | | |
| Mes/año | Cumplidas | Total | % Cumplimiento | Cumplidas | Total | % Cumplimiento |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| Descripción de los hallazgos: | | | | | | |
| **PQ** | | | | | | |
| Nombre documento |  | | | | | |
| Responsable medición |  | | | | | |
| Fuente primaria |  | | | | | |
| Fuente secundaria |  | | | | | |
| Periodo evaluado |  | | | | | |
| Metodología de medición del prestador |  | | | | | |
| Metodología de constatación |  | | | | | |
| **Período evaluado** | **Resultados entregados por el prestador para el periodo evaluado** | | | **Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados** | | |
| Mes/año | Cumplidas | Total | % Cumplimiento | Cumplidas | Total | % Cumplimiento |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| Descripción de los hallazgos: | | | | | | |
| **Ped.** | | | | | | |
| Nombre documento |  | | | | | |
| Responsable medición |  | | | | | |
| Fuente primaria |  | | | | | |
| Fuente secundaria |  | | | | | |
| Periodo evaluado |  | | | | | |
| Metodología de medición del prestador |  | | | | | |
| Metodología de constatación |  | | | | | |
| **Período evaluado** | **Resultados entregados por el prestador para el periodo evaluado** | | | **Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados** | | |
| Mes/año | Cumplidas | Total | % Cumplimiento | Cumplidas | Total | % Cumplimiento |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| Descripción de los hallazgos: | | | | | | |

**APF 1.5 – Cuarto elemento medible:** Se constata almacenamiento y conservación de medicamentos de acuerdo a normativa local. \* (En el caso de estupefacientes remitirse a regulación vigente).

|  |  |
| --- | --- |
| Metodología de constatación: | |
| Constata almacenamiento y conservación de medicamentos según normativa local | |
| Punto | Describir resultado de la constatación |
| Farmacia |  |
| UPC Ad. |  |
| UPC Ped. |  |
| UPC Neo |  |
| Medicina |  |
| URG |  |
| PQ |  |
| Ped. |  |

**CARACTERÍSTICA APF 1.5 / FUNDAMENTOS**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Puntaje asignado (1-0-N/A)** | Farmacia | | UPC Ad | UPC Ped | UPC Neo | | Medicina | URG | PQ | | Ped. |
| Primer elemento medible |  | |  |  |  | |  |  |  | |  |
| Segundo elemento medible |  | |  |  |  | |  |  |  | |  |
| Tercer elemento medible |  | |  |  |  | |  |  |  | |  |
| Cuarto elemento medible |  | |  |  |  | |  |  |  | |  |
| **Umbral de la característica: ≥ 50%** | | Puntaje total: | | | | Porcentaje obtenido: | | | | Cumple: | |

**CARACTERÍSTICA APF 1.6 / HALLAZGOS**

**APF 1.6 – Primer elemento medible:** Se describen en documento(s) los procedimientos de preparación, almacenamiento, distribución y desecho de medicamentos antineoplásicos de acuerdo a la normativa vigente y se ha definido responsable (s) de su aplicación.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Punto de verificación Unidad de Farmacia\* (Oncológica)** | | | | | | | | | | | |
| Nombre del documento: | | | | | | | | | | | |
| Versión: | | | Fecha elab: | | | | Fecha vigencia: | | | N° páginas: | |
| Elaborado por: | | | | | | Aprobado por: | | | | | |
| **El documento describe los siguientes procedimientos relacionados con medicamentos antineoplásicos: (SI/NO)** | | | | | | | | | | | |
| 1. Preparación |  | 2. Almacenamiento | |  | 3. Distribución | | |  | 4. Desecho | |  |
| 5. Procedimientos acorde a la normativa vigente | | | |  | 6. Se han definido responsables de su aplicación | | | | | |  |
| Breve descripción del contenido del documento: | | | | | | | | | | | |

**APF 1.6 – Segundo elemento medible:** Se ha definido indicador y umbral de cumplimiento.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Punto de verificación Unidad de Farmacia\* (Oncológica)** | | |
| Nombre del indicador |  | |
| Fórmula matemática |  | |
| Umbral de cumplimiento: | | Periodicidad de la evaluación: |

**APF 1.6– Tercer elemento medible:** Existe constancia de que se ha realizado la evaluación periódica.

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Punto de verificación Unidad de Farmacia\* (Oncológica)** | | | | | | |
| Nombre documento |  | | | | | |
| Responsable medición |  | | | | | |
| Fuente primaria |  | | | | | |
| Fuente secundaria |  | | | | | |
| Periodo evaluado |  | | | | | |
| Metodología de medición del prestador |  | | | | | |
| Metodología de constatación |  | | | | | |
| **Período evaluado** | **Resultados entregados por el prestador para el periodo evaluado** | | | **Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados** | | |
| Mes/año | Cumplidas | Total | % Cumplimiento | Cumplidas | Total | % Cumplimiento |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| Descripción de los hallazgos: | | | | | | |

**CARACTERÍSTICA APF 1.6 / FUNDAMENTOS**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Unidad de Farmacia (1-0-NA)** | Farmacia | | 1° EM: | | 2° EM: | 3° EM: | |
| **Umbral de la característica: 100%** | | Puntaje total: | | Porcentaje obtenido: | | | Cumple: |

**CARACTERÍSTICA APF 1.7 / HALLAZGOS**

**APF 1.7 – Primer elemento medible:** Se describe en documento(s) el procedimiento de preparación, almacenamiento y dispensación de fórmulas de nutrición parenteral, acorde a la normativa vigente y se ha definido responsable (s) de su aplicación.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Punto de verificación Unidad de Farmacia** | | | | | | | | | | | |
| Nombre del documento: | | | | | | | | | | | |
| Fecha elab: | | Versión: | | | | | Fecha vigencia: | | | N° páginas: | |
| Elaborado por: | | | | | | Aprobado por: | | | | | |
| **El documento describe los siguientes procedimientos relacionados con nutrición parenteral: (SI/NO/NA)** | | | | | | | | | | | |
| 1. Preparación |  | | 2. Almacenamiento | | | | |  | 3. Dispensación | |  |
| 4. Procedimiento acorde a la normativa vigente | | | |  | 5. Se han definido responsables de la aplicación | | | | | |  |
| Breve descripción del contenido del documento: | | | | | | | | | | | |

**APF 1.7 – Segundo elemento medible:** Se ha definido indicador y umbral de cumplimiento.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Unidad de Farmacia** | | |
| Nombre del indicador |  | |
| Fórmula matemática |  | |
| Umbral de cumplimiento: | | Periodicidad de la evaluación: |

**APF 1.7– Tercer elemento medible:** Verifica constancia de evaluación periódica.

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Unidad de Farmacia** | | | | | | |
| Nombre documento |  | | | | | |
| Responsable medición |  | | | | | |
| Fuente primaria |  | | | | | |
| Fuente secundaria |  | | | | | |
| Periodo evaluado |  | | | | | |
| Metodología de medición del prestador |  | | | | | |
| Metodología de constatación |  | | | | | |
| **Período evaluado** | **Resultados entregados por el prestador para el periodo evaluado** | | | **Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados** | | |
| Mes/año | Cumplidas | Total | % Cumplimiento | Cumplidas | Total | % Cumplimiento |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| Descripción de los hallazgos: | | | | | | |

**CARACTERÍSTICA APF 1.7 / FUNDAMENTOS**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Farmacia (1-0-NA)** | Farmacia | | 1° EM: | | 2° EM: | 3° EM: | |
| **Umbral de la característica: 100%** | | Puntaje total: | | Porcentaje obtenido: | | | Cumple: |

**SERVICIOS DE APOYO – ESTERILIZACIÓN (APE)**

**CARACTERÍSTICA APE 1.1 / HALLAZGOS**

**APE 1.1 – Primer elemento medible:** Se verifica que la compra de prestaciones se realiza solamente a terceros acreditados.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Dirección o Gerencia** | | | | | |
| Prestador al que compra | N° Autorización Sanitaria (A.S.) | Fecha A.S. | SEREMI/SSDS | Copia fiel original documento (Si/No) | N° Registro Acreditación |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

**CARACTERÍSTICA APE 1.1 / FUNDAMENTOS**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Puntaje asignado (1-0-NA)** | Dirección o Gerencia | | 1° elemento medible: | |
| **Umbral de la característica: 100%** | Puntaje total: | Porcentaje obtenido: | | Cumple: |

**CARACTERÍSTICA APE 1.2 OBLIGATORIA / HALLAZGOS**

**APE 1.2 – Primer elemento medible:** Se constata que las etapas de lavado y preparación se realizan en forma centralizada. \*

|  |  |
| --- | --- |
| Metodología de constatación: | |
| Constata lavado y preparación de material centralizado | |
| Punto | Describir resultado de la constatación |
| PQ |  |
| UPC Ad |  |
| UPC Ped |  |
| UPC Neo |  |
| Obst-gine |  |
| Cirugía |  |
| Dental |  |
| URG |  |

**APE 1.2 – Segundo elemento medible:** Se constata que la etapa de esterilización propiamente tal se realiza en el Servicio de Esterilización.

|  |  |
| --- | --- |
| Metodología de constatación: | |
| Constata la etapa de esterilización en el Servicio de Esterilización | |
| Punto | Describir resultado de la constatación |
| PQ |  |
| UPC Ad |  |
| UPC Ped |  |
| UPC Neo |  |
| Obst-gine |  |
| Cirugía |  |
| Dental |  |
| URG |  |

**CARACTERÍSTICA APE 1.2 OBLIGATORIA / FUNDAMENTOS**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Puntaje asignado (1-0-N/A)** | PQ | | UPC Ad | UPC Ped | UPC Neo | | Obst-gine | Cirugía | Dental | | URG |
| Primer elemento medible |  | |  |  |  | |  |  |  | |  |
| Segundo elemento medible |  | |  |  |  | |  |  |  | |  |
| **Umbral de la característica: 100%** | | Puntaje total: | | | | Porcentaje obtenido: | | | | Cumple: | |

**CARACTERÍSTICA APE 1.3 OBLIGATORIA / HALLAZGOS**

**APE 1.3 – Primer elemento medible:** En documentos elaborados por el Servicio de Esterilización se describen.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Servicio de Esterilización** | | | | | | | | | | | |
| Nombre del documento: | | | | | | | | | | | |
| Fecha elab: | Versión: | | | | | Fecha vigencia: | | | N° páginas: | | |
| Elaborado por: | | | | | Aprobado por: | | | | | | |
| **El documento describe al menos los siguientes métodos o procedimientos: (SI/NO)** | | | | | | | | | | | |
| 1. Los métodos de esterilización y desinfección a utilizar, de acuerdo a los tipos de materiales de uso clínico | | | | | | | | | |  | |
| 2. Transporte de material contaminado | |  | | 3. Recepción de material esterilizado fuera de la institución | | | | | | |  |
| 4. Recepción de materiales a ser esterilizados | | |  | 5. Lavado y secado | | |  | 6. Inspección y preparación | | |  |
| 7. Operación de equipos de esterilización | | |  | 8. Distribución | | |  | 9. Controles del proceso | | |  |
| Breve descripción del contenido del documento: | | | | | | | | | | | |

**APE 1.3 – Segundo elemento medible:** Se han definido al menos 2 indicadores y umbrales de cumplimiento.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Servicio de Esterilización** | | |
| Nombre del indicador **(1)** |  | |
| Fórmula matemática |  | |
| Umbral de cumplimiento: | | Periodicidad de la evaluación: |
| Nombre del indicador **(2)** |  | |
| Fórmula matemática |  | |
| Umbral de cumplimiento: | | Periodicidad de la evaluación: |

**APE 1.3 – Tercer elemento medible:** Existe constancia de que se ha realizado la evaluación periódica.

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Servicio de Esterilización (Indicador 1)** | | | | | | |
| Nombre documento |  | | | | | |
| Responsable medición |  | | | | | |
| Fuente primaria |  | | | | | |
| Fuente secundaria |  | | | | | |
| Periodo evaluado |  | | | | | |
| Metodología de medición del prestador |  | | | | | |
| Metodología de constatación |  | | | | | |
| **Período evaluado** | **Resultados entregados por el prestador para el periodo evaluado** | | | **Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados** | | |
| Mes/año | Cumplidas | Total | % Cumplimiento | Cumplidas | Total | % Cumplimiento |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| Descripción de los hallazgos: | | | | | | |
| **Servicio de Esterilización (Indicador 2)** | | | | | | |
| Nombre documento |  | | | | | |
| Responsable medición |  | | | | | |
| Fuente primaria |  | | | | | |
| Fuente secundaria |  | | | | | |
| Periodo evaluado |  | | | | | |
| Metodología de medición del prestador |  | | | | | |
| Metodología de constatación |  | | | | | |
| **Período evaluado** | **Resultados entregados por el prestador para el periodo evaluado** | | | **Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados** | | |
| Mes/año | Cumplidas | Total | % Cumplimiento | Cumplidas | Total | % Cumplimiento |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| Descripción de los hallazgos: | | | | | | |

**CARACTERÍSTICA APE 1.3 OBLIGATORIA / FUNDAMENTOS**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Servicio de Esterilización (0-1-NA)** | Esterilización | 1° EM: | | 2° EM: | 3° EM: | |
| **Umbral de la característica: > 66%** | Puntaje total: | | Porcentaje obtenido: | | | Cumple: |

**CARACTERÍSTICA APE 1.4 / HALLAZGOS**

**APE 1.4 – Primer elemento medible:** Se describe en documento de carácter institucional el procedimiento de almacenamiento de material estéril.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Servicio de Esterilización** | | | | | | | | | | |
| Nombre del documento: | | | | | | | | | | |
| N° Resolución: | | | | Versión: | | | | Fecha elab: | | |
| Carácter institucional: | | | | Fecha vigencia: | | | | N° páginas: | | |
| Elaborado por: | | | | | | Aprobado por: | | | | |
| **Describe (SI/NO)** | | Procedimiento de almacenamiento de material estéril: | | | | | | | | |
| Breve descripción del contenido del documento: | | | | | | | | | | |
| **Se constata el documento descrito en los siguientes puntos de verificación: SI/NO/NA** | | | | | | | | | | |
| Esterilización | PQ | | Cirugía | | UPC Ad | | UPC Neo | | UPC Ped | Obst-gine |
|  |  | |  | |  | |  | |  |  |

**APE 1.4 – Segundo elemento medible:** Se han definido indicador y umbral de cumplimiento.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Servicio de Esterilización** | | |
| Nombre del indicador |  | |
| Fórmula matemática |  | |
| Umbral de cumplimiento: | | Periodicidad de la evaluación: |
| **PQ** | | |
| Nombre del indicador |  | |
| Fórmula matemática |  | |
| Umbral de cumplimiento: | | Periodicidad de la evaluación: |
| **Cirugía** | | |
| Nombre del indicador |  | |
| Fórmula matemática |  | |
| Umbral de cumplimiento: | | Periodicidad de la evaluación: |
| **UPC Adulto** | | |
| Nombre del indicador |  | |
| Fórmula matemática |  | |
| Umbral de cumplimiento: | | Periodicidad de la evaluación: |
| **UPC Neo** | | |
| Nombre del indicador |  | |
| Fórmula matemática |  | |
| Umbral de cumplimiento: | | Periodicidad de la evaluación: |
| **UPC Ped** | | |
| Nombre del indicador |  | |
| Fórmula matemática |  | |
| Umbral de cumplimiento: | | Periodicidad de la evaluación: |
| **Obst- gine** | | |
| Nombre del indicador |  | |
| Fórmula matemática |  | |
| Umbral de cumplimiento: | | Periodicidad de la evaluación: |

**APE 1.4 – Tercer elemento medible:** Existe constancia de que se ha realizado la evaluación periódica.

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Servicio de Esterilización** | | | | | | |
| Nombre documento |  | | | | | |
| Responsable medición |  | | | | | |
| Fuente primaria |  | | | | | |
| Fuente secundaria |  | | | | | |
| Periodo evaluado |  | | | | | |
| Metodología de medición del prestador |  | | | | | |
| Metodología de constatación |  | | | | | |
| **Período evaluado** | **Resultados entregados por el prestador para el periodo evaluado** | | | **Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados** | | |
| Mes/año | Cumplidas | Total | % Cumplimiento | Cumplidas | Total | % Cumplimiento |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| Descripción de los hallazgos: | | | | | | |
| **PQ** | | | | | | |
| Nombre documento |  | | | | | |
| Responsable medición |  | | | | | |
| Fuente primaria |  | | | | | |
| Fuente secundaria |  | | | | | |
| Periodo evaluado |  | | | | | |
| Metodología de medición del prestador |  | | | | | |
| Metodología de constatación |  | | | | | |
| **Período evaluado** | **Resultados entregados por el prestador para el periodo evaluado** | | | **Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados** | | |
| Mes/año | Cumplidas | Total | % Cumplimiento | Cumplidas | Total | % Cumplimiento |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| Descripción de los hallazgos: | | | | | | |
| **Cirugía** | | | | | | |
| Nombre documento |  | | | | | |
| Responsable medición |  | | | | | |
| Fuente primaria |  | | | | | |
| Fuente secundaria |  | | | | | |
| Periodo evaluado |  | | | | | |
| Metodología de medición del prestador |  | | | | | |
| Metodología de constatación |  | | | | | |
| **Período evaluado** | **Resultados entregados por el prestador para el periodo evaluado** | | | **Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados** | | |
| Mes/año | Cumplidas | Total | % Cumplimiento | Cumplidas | Total | % Cumplimiento |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| Descripción de los hallazgos: | | | | | | |
| **UPC Adulto** | | | | | | |
| Nombre documento |  | | | | | |
| Responsable medición |  | | | | | |
| Fuente primaria |  | | | | | |
| Fuente secundaria |  | | | | | |
| Periodo evaluado |  | | | | | |
| Metodología de medición del prestador |  | | | | | |
| Metodología de constatación |  | | | | | |
| **Período evaluado** | **Resultados entregados por el prestador para el periodo evaluado** | | | **Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados** | | |
| Mes/año | Cumplidas | Total | % Cumplimiento | Cumplidas | Total | % Cumplimiento |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| Descripción de los hallazgos: | | | | | | |
| **UPC Neo** | | | | | | |
| Nombre documento |  | | | | | |
| Responsable medición |  | | | | | |
| Fuente primaria |  | | | | | |
| Fuente secundaria |  | | | | | |
| Periodo evaluado |  | | | | | |
| Metodología de medición del prestador |  | | | | | |
| Metodología de constatación |  | | | | | |
| **Período evaluado** | **Resultados entregados por el prestador para el periodo evaluado** | | | **Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados** | | |
| Mes/año | Cumplidas | Total | % Cumplimiento | Cumplidas | Total | % Cumplimiento |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| Descripción de los hallazgos: | | | | | | |
| **UPC Ped.** | | | | | | |
| Nombre documento |  | | | | | |
| Responsable medición |  | | | | | |
| Fuente primaria |  | | | | | |
| Fuente secundaria |  | | | | | |
| Periodo evaluado |  | | | | | |
| Metodología de medición del prestador |  | | | | | |
| Metodología de constatación |  | | | | | |
| **Período evaluado** | **Resultados entregados por el prestador para el periodo evaluado** | | | **Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados** | | |
| Mes/año | Cumplidas | Total | % Cumplimiento | Cumplidas | Total | % Cumplimiento |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| Descripción de los hallazgos: | | | | | | |
| **Obst-Gine** | | | | | | |
| Nombre documento |  | | | | | |
| Responsable medición |  | | | | | |
| Fuente primaria |  | | | | | |
| Fuente secundaria |  | | | | | |
| Periodo evaluado |  | | | | | |
| Metodología de medición del prestador |  | | | | | |
| Metodología de constatación |  | | | | | |
| **Período evaluado** | **Resultados entregados por el prestador para el periodo evaluado** | | | **Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados** | | |
| Mes/año | Cumplidas | Total | % Cumplimiento | Cumplidas | Total | % Cumplimiento |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| Descripción de los hallazgos: | | | | | | |

**APE 1.4 – Cuarto elemento medible:** Se constata en terreno almacenamiento de material estéril de acuerdo a norma local que considera las orientaciones del MINSAL.

|  |  |
| --- | --- |
| Metodología de constatación: | |
| Constata almacenamiento de material estéril | |
| Punto | Describir resultado de la constatación |
| Esterilización |  |
| PQ |  |
| Cirugía |  |
| UPC Ad |  |
| UPC Neo |  |
| UPC Ped |  |
| Obst-gine |  |

**CARACTERÍSTICA APE 1.4 / FUNDAMENTOS**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Puntaje asignado (1-0-N/A)** | Esterilización | | PQ | Cirugía | | UPC Ad | UPC Neo | UPC Ped | | Obst-gine |
| Primer elemento medible |  | |  |  | |  |  |  | |  |
| Segundo elemento medible |  | |  |  | |  |  |  | |  |
| Tercer elemento medible |  | |  |  | |  |  |  | |  |
| Cuarto elemento medible |  | |  |  | |  |  |  | |  |
| **Umbral de la característica: >75%** | | Puntaje total: | | | Porcentaje obtenido: | | | | Cumple: | |

**CARACTERÍSTICA APE 1.5 / HALLAZGOS**

**APE 1.5 – Primer elemento medible:** Se describe en un documento elaborado por el Servicio de Esterilización\*\* el procedimiento de desinfección de alto nivel.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Servicio de Esterilización/ Sala de DAN (o Comité de IAAS en caso de Servicio de Esterilización externalizado)** | | | | | |
| Nombre del documento: | | | | | |
| Fecha elab: | Versión: | | | Fecha vigencia: | N° páginas: |
| Elaborado por: | | | Aprobado por: | | |
| **Describe explícitamente (SI/NO)** | | Procedimiento de desinfección de alto nivel: | | | |
| Breve descripción del contenido del documento: | | | | | |

**APE 1.5 – Segundo elemento medible:** Se ha definido indicador y umbral de cumplimiento.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Servicio de Esterilización\* (Sala de DAN)** | | |
| Nombre del indicador |  | |
| Fórmula matemática |  | |
| Umbral de cumplimiento: | | Periodicidad de la evaluación: |

**APE 1.5 – Tercer elemento medible:** Existe constancia de que se ha realizado la evaluación periódica.

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Servicio de Esterilización\* (Sala de DAN)** | | | | | | |
| Nombre documento |  | | | | | |
| Responsable medición |  | | | | | |
| Fuente primaria |  | | | | | |
| Fuente secundaria |  | | | | | |
| Periodo evaluado |  | | | | | |
| Metodología de medición del prestador |  | | | | | |
| Metodología de constatación |  | | | | | |
| **Período evaluado** | **Resultados entregados por el prestador para el periodo evaluado** | | | **Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados** | | |
| Mes/año | Cumplidas | Total | % Cumplimiento | Cumplidas | Total | % Cumplimiento |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| Descripción de los hallazgos: | | | | | | |

**CARACTERÍSTICA APE 1.5 / FUNDAMENTOS**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Servicio de Esterilización (0-1-NA)** | Servicio de Esterilización | 1° EM: | | 2° EM: | | 3° EM: |
| **Umbral de la característica: > 66%** | Puntaje total: | | Porcentaje obtenido: | | Cumple: | |

**SERVICIOS DE APOYO – UNIDAD DE TRANSPORTE DE PACIENTES O SERVICIO DE MOVILIZACIÓN (APT)**

**CARACTERÍSTICA APT 1.1 / HALLAZGOS**

**APT 1.1 – Elemento medible:** Se constata que la compra de prestaciones se realiza solamente a terceros acreditados.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Dirección o Gerencia** | | | | | |
| Prestador al que compra | N° Autorización Sanitaria (A.S.) | Fecha A.S. | SEREMI/SSDS | Copia fiel original documento (Si/No) | N° Registro Acreditación |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

**CARACTERÍSTICA APT 1.1 / FUNDAMENTOS**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Puntaje asignado (1-0-NA)** | Dirección o Gerencia | | 1° elemento medible: | |
| **Umbral de la característica: 100%** | Puntaje total: | Porcentaje obtenido: | | Cumple: |

**CARACTERÍSTICA APT 1.2 / HALLAZGOS**

**APT 1.2– Primer elemento medible:** Se describe en documento(s) de carácter institucional.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Unidad de Transporte de Pacientes** | | | | | | | | |
| Nombre del documento: | | | | | | | | |
| N° Resolución: | | | Fecha elab: | | | | Versión: | |
| Carácter institucional: | | | Fecha vigencia: | | | | N° páginas: | |
| Elaborado por: | | | | Aprobado por: | | | | |
| **El documento describe los siguientes elementos: (SI/NO)** | | | | | | | | |
| 1. Tipos de móvil, su equipamiento y personal |  | 2. Procedimientos relacionados con la fijación y disposición del paciente y acompañantes en el móvil | | |  | 3. Procedimiento de entrega de pacientes al centro receptor y límites de responsabilidad establecidos | |  |
| Breve descripción del contenido del documento: | | | | | | | | |

**APT 1.2 – Segundo elemento medible:** Se constata de acuerdo a complejidad del móvil.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Metodología de constatación: | | | | | | | | | | | |
| N° | Modelo/Marca | | Año | Tipo Móvil | | Patente | | Fecha Revisión Técnica | | Vigencia Revisión Técnica | |
| 1 |  | |  |  | |  | |  | |  | |
| **Cumple (SI/NO)** | | a). Sistema de fijación y disposición del paciente en el móvil | |  | b). Condición de operación de equipamiento de soporte | | |  | c). Revisión técnica vigente | |  |
| Descripción de los hallazgos: | | | | | | | | | | | |
| N° | Modelo/Marca | | Año | Tipo Móvil | | Patente | | Fecha Revisión Técnica | | Vigencia Revisión Técnica | |
| 2 |  | |  |  | |  | |  | |  | |
| **Cumple (SI/NO)** | | a). Sistema de fijación y disposición del paciente en el móvil | |  | b). Condición de operación de equipamiento de soporte | | |  | c). Revisión técnica vigente | |  |
| Descripción de los hallazgos: | | | | | | | | | | | |
| N° | Modelo/Marca | | Año | Tipo Móvil | | Patente | | Fecha Revisión Técnica | | Vigencia Revisión Técnica | |
| 3 |  | |  |  | |  | |  | |  | |
| **Cumple (SI/NO)** | | a). Sistema de fijación y disposición del paciente en el móvil | |  | b). Condición de operación de equipamiento de soporte | |  | | c). Revisión técnica vigente | |  |
| Descripción de los hallazgos: | | | | | | | | | | | |

**CARACTERÍSTICA APT 1.2 / FUNDAMENTOS**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Puntaje asignado (1-0-NA)** | Unidad de Transporte de Pacientes | | 1° EM: | 2° EM: | |
| **Umbral de la característica: 100%** | Puntaje total: | Porcentaje obtenido: | | | Cumple: |

**SERVICIOS DE APOYO – UNIDAD DE DIÁLISIS (APD)**

**CARACTERÍSTICA APD 1.1 / HALLAZGOS**

**APD 1.1 – Primer elemento medible:** Se constata que la compra de prestaciones se realiza solamente a terceros acreditados.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Dirección o Gerencia** | | | | | |
| Prestador al que compra | N° Autorización Sanitaria (A.S.) | Fecha A.S. | SEREMI/SSDS | Copia fiel original documento (Si/No) | N° Registro Acreditación |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

**CARACTERÍSTICA APD 1.1 / FUNDAMENTOS**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Puntaje asignado (1-0-NA)** | Dirección o Gerencia | | 1° elemento medible: | |
| **Umbral de la característica: 100%** | Puntaje total: | Porcentaje obtenido: | | Cumple: |

**CARACTERÍSTICA APD 1.2 OBLIGATORIA / HALLAZGOS**

**APD 1.2– Primer elemento medible:** Se describe en documentos elaborados por la Unidad de Diálisis.

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Unidad de Diálisis** | | | | | | | |
| Nombre del documento: | | | | | | | |
| Fecha elab: | Versión: | | | | Fecha vigencia: | N° páginas: | |
| Elaborado por: | | | | Aprobado por: | | | |
| **El documento describe los siguientes elementos: (SI/NO/NA)** | | | | | | | |
| 1. Procedimiento de hemodiálisis | |  | 2. Procedimiento de peritoneodiálisis | | | |  |
| 3. Sistema estandarizado de registros de los procedimientos de hemodiálisis | |  | 4. Se han definido los responsables de su aplicación | | | |  |
| Breve descripción del contenido del documento: | | | | | | | |

**APD 1.2 – Segundo elemento medible:** Se ha definido indicador y umbral de cumplimiento.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Unidad de Diálisis** | | |
| Nombre del indicador |  | |
| Fórmula matemática |  | |
| Umbral de cumplimiento: | | Periodicidad de la evaluación: |

**APD 1.2 – Tercer elemento medible:** Verifica constancia de evaluación periódica.

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Unidad de Diálisis** | | | | | | |
| Nombre documento |  | | | | | |
| Responsable medición |  | | | | | |
| Fuente primaria |  | | | | | |
| Fuente secundaria |  | | | | | |
| Periodo evaluado |  | | | | | |
| Metodología de medición del prestador |  | | | | | |
| Metodología de constatación |  | | | | | |
| **Período evaluado** | **Resultados entregados por el prestador para el periodo evaluado** | | | **Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados** | | |
| Mes/año | Cumplidas | Total | % Cumplimiento | Cumplidas | Total | % Cumplimiento |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| Descripción de los hallazgos: | | | | | | |

**CARACTERÍSTICA APD 1.2 OBLIGATORIA / FUNDAMENTOS**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Puntaje asignado (1-0-N/A)** | Unidad de Diálisis | | 1° EM: | | 2° EM: | 3° EM: | |
| **Umbral de la característica: > 66%** | | Puntaje total: | | Porcentaje obtenido: | | | Cumple: |

**CARACTERÍSTICA APD 1.3 / HALLAZGOS**

**APD 1.3– Primer elemento medible:** Se describe en documentos elaborados por la Unidad de Diálisis

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Unidad de Diálisis** | | | | | | | | | | | | | |
| Nombre del documento: | | | | | | | | | | | | | |
| Fecha elab: | | Versión: | | | | | Fecha vigencia: | | | | | N° páginas: | |
| Elaborado por: | | | | | | Aprobado por: | | | | | | | |
| **El documento describe los siguientes procedimientos o programa: (SI/NO/NA)** | | | | | | | | | | | | | |
| 1. Programa de capacitación a pacientes y/o familiares en peritoneodiálisis | | | |  | 2. Procedimiento manejo de pacientes con infecciones virales | | | | |  | 3. Reutilización de dializadores y líneas | |  |
| 4. Desinfección de monitores |  | | 5. Manejo de accesos vasculares | | | | |  | 6. Se han definido los responsables de su aplicación | | | |  |
| Breve descripción del contenido del documento: | | | | | | | | | | | | | |

**APD 1.3 – Segundo elemento medible:** Se ha definido indicador y umbral de cumplimiento.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Unidad de Diálisis** | | |
| Nombre del indicador |  | |
| Fórmula matemática |  | |
| Umbral de cumplimiento: | | Periodicidad de la evaluación: |

**APD 1.3– Tercer elemento medible:** Existe constancia de que se ha realizado la evaluación periódica.

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Unidad de Diálisis** | | | | | | |
| Nombre documento |  | | | | | |
| Responsable medición |  | | | | | |
| Fuente primaria |  | | | | | |
| Fuente secundaria |  | | | | | |
| Periodo evaluado |  | | | | | |
| Metodología de medición del prestador |  | | | | | |
| Metodología de constatación |  | | | | | |
| **Período evaluado** | **Resultados entregados por el prestador para el periodo evaluado** | | | **Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados** | | |
| Mes/año | Cumplidas | Total | % Cumplimiento | Cumplidas | Total | % Cumplimiento |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| Descripción de los hallazgos: | | | | | | |

**CARACTERÍSTICA APD 1.3/ FUNDAMENTOS**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Puntaje asignado (1-0-N/A)** | Unidad de Diálisis | | 1° EM: | | 2° EM: | 3° EM: | |
| **Umbral de la característica: > 66%** | | Puntaje total: | | Porcentaje obtenido: | | | Cumple: |

**CARACTERÍSTICA APD 1.4 / HALLAZGOS**

**APD 1.4– Primer elemento medible:** Existe un documento elaborado por la Unidad de Diálisis que describe el programa de control de calidad del agua tratada de la unidad que incluye descripción del procedimiento y periodicidad de:

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Unidad de Diálisis** | | | | | | | |
| Nombre del documento: | | | | | | | |
| Versión: | Fecha elab: | | Fecha vigencia: | | | N° páginas: | |
| Elaborado por: | | Aprobado por: | | | | | |
| **El documento describe el Programa de control de calidad del agua tratada de la unidad que incluye descripción de: (SI/NO/NA)** | | | | | | | |
| 1. Medición de la calidad del agua tratada para hemodiálisis y reutilización de dializadores | | | |  | Periodicidad | |  |
| 2. Controles externos químico y microbiológico del agua tratada para hemodiálisis y reutilización de dializadores | | | |  | Periodicidad | |  |
| 3. Controles externos microbiológicos del agua tratada en llave de alimentación de monitores de diálisis y en líquido de diálisis después del dializador | | | |  | Periodicidad | |  |
| Se han definido los responsables de su aplicación **(SI/NO)**: | | | | | | | |
| Breve descripción del contenido del documento: | | | | | | | |

**APD 1.4 – Segundo elemento medible:** Se constata cumplimiento de control de calidad según regulación vigente.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Unidad de Diálisis** | | | | | | | | | | | |
| Descripción de la metodología de constatación: | | | | | | | | | | | |
| Medición de calidad de agua tratada (hemodiálisis y reutilización de dializadores). | Fecha o periodicidad programada | | | Fecha constatada | | Registro constatado | | Resultado del control | | | Cumple según procedimiento (SI/NO) |
|  | | |  | |  | |  | | |  |
|  | | |  | |  | |  | | |  |
|  | | |  | |  | |  | | |  |
| Controles externos químicos y microbiológicos del agua tratada (hemodiálisis y reutilización de dializadores). |  | | |  | |  | |  | | |  |
|  | | |  | |  | |  | | |  |
|  | | |  | |  | |  | | |  |
|  | | |  | |  | |  | | |  |
|  | | |  | |  | |  | | |  |
|  | | |  | |  | |  | | |  |
|  | | |  | |  | |  | | |  |
| Controles externos microbiológicos del agua tratada (llave alimentación monitores y liquido de diálisis después del dializador). | | Equipo /Serie | Fecha o periodicidad programada | | Fecha constatada | | Registro constatado | | Resultado del control | Cumple según procedimiento (SI/NO) | |
|  |  | |  | |  | |  |  | |
|  |  | |  | |  | |  |  | |
|  |  | |  | |  | |  |  | |

**APD 1.4– Tercer elemento medible:** Existe constancia de acciones de mejora en caso de que los controles excedan los límites permitidos.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Unidad de diálisis** | | | | |
| Nombre del documento: | | | | |
| Fecha: | | | Firmado por: | |
| Control fuera de límite | Fecha de la medición | Medidas de mejora | | Fecha implementación de la mejora |
|  |  |  | |  |
|  |  |  | |  |
|  |  |  | |  |
| Descripción de hallazgos: | | | | |

**CARACTERÍSTICA APD 1.4 / FUNDAMENTOS**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Puntaje asignado (1-0-N/A)** | Unidad de Diálisis | | 1° EM: | | 2° EM: | 3° EM: | |
| **Umbral de la característica: > 66%** | | Puntaje total: | | Porcentaje obtenido: | | | Cumple: |

**SERVICIOS DE APOYO – RADIOTERAPIA (APR)**

**CARACTERÍSTICA APR 1.1 / HALLAZGOS**

**APR 1.1 – Primer elemento medible:** Se verifica que la compra de prestaciones se realiza solamente a terceros acreditados.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Dirección o Gerencia** | | | | | |
| Prestador al que compra | N° Autorización Sanitaria (A.S.) | Fecha A.S. | SEREMI/SSDS | Copia fiel original documento (Si/No) | N° Registro Acreditación |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

**CARACTERÍSTICA APR 1.1 / FUNDAMENTOS**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Puntaje asignado (1-0-NA)** | Dirección o Gerencia | | 1° elemento medible: | |
| **Umbral de la característica: 100%** | Puntaje total: | Porcentaje obtenido: | | Cumple: |

**CARACTERÍSTICA APR 1.2 / HALLAZGOS**

**APR 1.2– Primer elemento medible:** Se describe en documento(s) elaborados por el Servicio de Radioterapia los procedimientos relacionados con.

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Servicio de Radioterapia** | | | | | | | |
| Nombre del documento: | | | | | | | |
| Fecha elab: | Versión: | | | | Fecha vigencia: | N° páginas: | |
| Elaborado por: | | | | Aprobado por: | | | |
| **El documento describe los siguientes elementos: (SI/NO/NA)** | | | | | | | |
| 1. Procedimiento de Planificación | |  | 2. Procedimiento de Simulación | | | |  |
| 3. Aplicación de teleterapia y braquiterapia | |  | 4. Se han definido los responsables de su aplicación | | | |  |
| Breve descripción del contenido del documento: | | | | | | | |

**APR 1.2 – Segundo elemento medible:** Se constata, mediante revisión de registros, que se han realizado los procedimientos de acuerdo a lo estipulado.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Servicio de Radioterapia** | | | | | |
| Metodología de constatación: | | | | | |
| Registros revisados | Fecha constatada | Cuenta con Procedimiento de Planificación (SI/NO) | Cuenta con Procedimiento de Simulación (SI/NO) | Aplicación de teleterapia y braquiterapia  (SI/NO/NA) | Cumple según norma (SI/NO) |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| Descripción de los hallazgos: | | | | | |

**CARACTERÍSTICA APR 1.2/ FUNDAMENTOS**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Puntaje asignado (1-0-NA)** | Servicio de Radioterapia | 1° EM: | 2° EM: | |
| **Umbral de la característica: 100%** | Puntaje total: | Porcentaje obtenido: | | Cumple: |

**CARACTERÍSTICA APR 1.3 / HALLAZGOS**

**APR 1.3– Primer elemento medible:** Se describe en documentos elaborados por el Servicio de Radioterapia, el sistema de control de calidad de la radioterapia, con los siguientes contenidos mínimos.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Servicio de Radioterapia** | | | | | | | | | | | |
| Nombre del documento: | | | | | | | | | | | |
| Fecha elab: | | Versión: | | | | | Fecha vigencia: | | | N° páginas: | |
| Elaborado por: | | | | | Aprobado por: | | | | | | |
| **El documento describe el sistema de control de calidad de la radioterapia, incluye al menos: (SI/NO/NA)** | | | | | | | | | | | |
| 1. Aseguramiento de dosis, funcionamiento normal del acelerador lineal mediante chequeo diario, mensual y anual de dosis, simetría y plenitud | | | | | | | |  | 2. Vigencia de elemento radioactivo en telecobaltoterapia\* | |  |
| 3. Posicionamiento de pacientes |  | | 4. Braquiterapia |  | | 5. Se han definido los responsables de su aplicación | | | | |  |
| Breve descripción del contenido del documento: | | | | | | | | | | | |

**APR 1.3 – Segundo elemento medible:** Se ha definido indicador y umbral de cumplimiento.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Servicio de Radioterapia** | | |
| Nombre del indicador |  | |
| Fórmula matemática |  | |
| Umbral de cumplimiento: | | Periodicidad de la evaluación: |

**APR 1.3– Tercer elemento medible:** Existe constancia de que se ha realizado la evaluación periódica.

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Servicio de Radioterapia** | | | | | | |
| Nombre documento |  | | | | | |
| Responsable medición |  | | | | | |
| Fuente primaria |  | | | | | |
| Fuente secundaria |  | | | | | |
| Periodo evaluado |  | | | | | |
| Metodología de medición del prestador |  | | | | | |
| Metodología de constatación |  | | | | | |
| **Período evaluado** | **Resultados entregados por el prestador para el periodo evaluado** | | | **Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados** | | |
| Mes/año | Cumplidas | Total | % Cumplimiento | Cumplidas | Total | % Cumplimiento |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| Descripción de los hallazgos: | | | | | | |

**CARACTERÍSTICA APR 1.3 / FUNDAMENTOS**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Puntaje asignado (1-0-N/A)** | Servicio de Radioterapia | | 1° EM: | | 2° EM: | 3° EM: | |
| **Umbral de la característica: > 66%** | | Puntaje total: | | Porcentaje obtenido: | | | Cumple: |

**CARACTERÍSTICA APR 1.4 / HALLAZGOS**

**APR 1.4 – Primer elemento medible:** Se describen en documento(s) elaborado por el Servicio de Radioterapia, las características de los registros clínicos que contempla.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Servicio de Radioterapia** | | | | | | | | | | | |
| Nombre del Documento: | | | | | | | | | | | |
| Fecha elab: | Versión: | | | | Fecha vigencia: | | | | N° páginas: | | |
| Elaborado por: | | | | Aprobado por: | | | | | | | |
| **El documento describe las características de los registros clínicos que contempla: (SI/NO)** | | | | | | | | | | | |
| 1. Responsables del llenado y contenidos mínimos a llenar por cada registro | | | | | |  | | 2. Legibilidad | | |  |
| **Debe incluir al menos los siguientes registros: (SI/NO)** | | | | | | | | | | | |
| 3. Planificación | |  | 4. Simulación | | | | | | |  | |
| 5. Evolución clínica diaria que considera registro de tiempo y dosis de exposición | | | | | | |  | 6. Epicrisis | | |  |
| Breve descripción del contenido del documento: | | | | | | | | | | | |

**APR 1.4 – Segundo elemento medible:** Se ha definido indicador y umbral de cumplimiento.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Servicio de Radioterapia** | | |
| Nombre del indicador |  | |
| Fórmula matemática |  | |
| Umbral de cumplimiento: | | Periodicidad de la evaluación: |

**APR 1.4 – Tercer elemento medible:** Existe constancia de que se ha realizado la evaluación periódica.

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Servicio de Radioterapia** | | | | | | |
| Nombre documento |  | | | | | |
| Responsable medición |  | | | | | |
| Fuente primaria |  | | | | | |
| Fuente secundaria |  | | | | | |
| Periodo evaluado |  | | | | | |
| Metodología de medición del prestador |  | | | | | |
| Metodología de constatación |  | | | | | |
| **Período evaluado** | **Resultados entregados por el prestador para el periodo evaluado** | | | **Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados** | | |
| Mes/año | Cumplidas | Total | % Cumplimiento | Cumplidas | Total | % Cumplimiento |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| Descripción de los hallazgos: | | | | | | |

**APR 1.4 – Cuarto elemento medible:** Se constata legibilidad y contenidos mínimos de evolución diaria.

|  |
| --- |
| **Servicio de Radioterapia** |
| Metodología de constatación: |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| N° de registros de evolución diaria constatados | N° Cumple Legibilidad | Cumple Legibilidad (SI/NO) | N° Cumple Contenidos mínimos | Cumple Contenidos mínimos (SI/NO) |
|  |  |  |  |  |
| Descripción de los hallazgos: | | | | |

**CARACTERÍSTICA APR 1.4 / FUNDAMENTOS**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Puntaje asignado (1-0-N/A)** | Servicio de Radioterapia | | 1° EM: | | 2° EM: | 3° EM: | | 4° EM: |
| **Umbral de la característica: > 75%** | | Puntaje total: | | Porcentaje obtenido: | | | Cumple: | |

**SERVICIOS DE APOYO – ANATOMÍA PATOLÓGICA (APA)**

**CARACTERÍSTICA APA 1.1 / HALLAZGOS**

**APA 1.1 – Primer elemento medible:** Se verifica que la compra de prestaciones se realiza solamente a terceros acreditados.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Dirección o Gerencia** | | | | | |
| Prestador al que compra | N° Autorización Sanitaria (A.S.) | Fecha A.S. | SEREMI/SSDS | Copia fiel original documento (Si/No) | N° Registro Acreditación |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

**CARACTERÍSTICA APA 1.1 / FUNDAMENTOS**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Puntaje asignado (1-0-NA)** | Dirección o Gerencia | | 1° elemento medible: | |
| **Umbral de la característica: 100%** | Puntaje total: | Porcentaje obtenido: | | Cumple: |

**CARACTERÍSTICA APA 1.2 OBLIGATORIA / HALLAZGOS**

**APA 1.2– Primer elemento medible:** Se describe en un documento elaborado por la Unidad:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Servicio de Anatomía Patológica** | | | | | | | | | | | | | |
| Nombre del documento: | | | | | | | | | | | | | |
| Fecha elab: | | | Versión: | | | | | Fecha vigencia: | | | | N° páginas: | |
| Elaborado por: | | | | | | | Aprobado por: | | | | | | |
| **El documento describe los siguientes elementos: (SI/NO)** | | | | | | | | | | | | | |
| 1. Datos mínimos que debe contener la solicitud de estudio anatomopatológico | | | | |  | 2. Obtención de muestras | | | |  | 3. Criterios generales | |  |
| 4. Rotulación |  | 5. Traslado de muestras | |  | 6. Criterios de rechazo de muestras | | | |  | 7. Se han definido los responsables de su aplicación | | |  |
| Breve descripción del contenido del documento: | | | | | | | | | | | | | |

**APA 1.2– Segundo elemento medible:** Se ha definido indicador y umbral de cumplimiento.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Servicio de Anatomía Patológica** | | |
| Nombre del indicador |  | |
| Fórmula matemática |  | |
| Umbral de cumplimiento: | | Periodicidad de la evaluación: |

**APA 1.2– Tercer elemento medible:** Existe constancia de que se ha realizado la evaluación periódica.

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Servicio de Anatomía Patológica** | | | | | | |
| Nombre documento |  | | | | | |
| Responsable medición |  | | | | | |
| Fuente primaria |  | | | | | |
| Fuente secundaria |  | | | | | |
| Periodo evaluado |  | | | | | |
| Metodología de medición del prestador |  | | | | | |
| Metodología de constatación |  | | | | | |
| **Período evaluado** | **Resultados entregados por el prestador para el periodo evaluado** | | | **Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados** | | |
| Mes/año | Cumplidas | Total | % Cumplimiento | Cumplidas | Total | % Cumplimiento |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| Descripción de los hallazgos: | | | | | | |

**CARACTERÍSTICA APA 1.2 OBLIGATORIA / FUNDAMENTOS**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Puntaje asignado (1-0-N/A)** | Servicio de Anatomía Patológica | | 1° EM: | | 2° EM: | 3° EM: |
| **Umbral de la característica: > 66%** | | Puntaje total: | | Porcentaje obtenido: | | Cumple: |

**CARACTERÍSTICA APA 1.3 / HALLAZGOS**

**APA 1.3– Primer elemento medible:** Se describe en un documento elaborado por el Servicio de Anatomía Patológica.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Servicio de Anatomía Patológica** | | | | | | | | | | | |
| Nombre del documento: | | | | | | | | | | | |
| Fecha elab: | | Versión: | | | | | Fecha vigencia: | | | N° páginas: | |
| Elaborado por: | | | | | Aprobado por: | | | | | | |
| **El documento describe los siguientes elementos: (SI/NO)** | | | | | | | | | | | |
| 1. Asignación de responsabilidad respecto a la realización de los exámenes, la validación de resultados y la entrega de informes, incluyendo biopsias rápidas | | | | | | | | | | |  |
| 2. Procedimiento de respaldo de los informes, láminas histológicas y tacos | | | |  | | 3. Técnicas de procesamiento de muestras | | | | |  |
| 4. Protocolo de control de calidad |  | | 5. Plazos de entrega de resultados de los exámenes | | | | |  | 6. Se han definido los responsables de su aplicación | |  |
| Breve descripción del contenido del documento: | | | | | | | | | | | |

**APA 1.3– Segundo elemento medible:** Se ha definido indicador y umbral de cumplimiento. Al menos debe incluir indicador relacionado a control de calidad interno.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Servicio de Anatomía Patológica** | | |
| Nombre del indicador |  | |
| Fórmula matemática |  | |
| Umbral de cumplimiento: | | Periodicidad de la evaluación: |

**APA 1.3– Tercer elemento medible:** Existe constancia de que se ha realizado la evaluación periódica.

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Servicio de Anatomía Patológica** | | | | | | |
| Nombre documento |  | | | | | |
| Responsable medición |  | | | | | |
| Fuente primaria |  | | | | | |
| Fuente secundaria |  | | | | | |
| Periodo evaluado |  | | | | | |
| Metodología de medición del prestador |  | | | | | |
| Metodología de constatación |  | | | | | |
| **Período evaluado** | **Resultados entregados por el prestador para el periodo evaluado** | | | **Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados** | | |
| Mes/año | Cumplidas | Total | % Cumplimiento | Cumplidas | Total | % Cumplimiento |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| Descripción de los hallazgos: | | | | | | |

**CARACTERÍSTICA APA 1.3/ FUNDAMENTOS**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Puntaje asignado (1-0-N/A)** | Servicio de Anatomía Patológica | | 1° EM: | | 2° EM: | 3° EM: |
| **Umbral de la característica: 100%** | | Puntaje total: | | Porcentaje obtenido: | | Cumple: |

**CARACTERÍSTICA APA 1.4 / HALLAZGOS**

**APA 1.4– Primer elemento medible:** Se describen en un documento las condiciones de bioseguridad en la Unidad, que incluyen al menos:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Servicio de Anatomía Patológica** | | | | | | | | | |
| Nombre del documento: | | | | | | | | | | |
| Fecha elab: | | | Versión:: | | | Fecha vigencia: | | N° páginas: | | |
| Elaborado por: | | | | Aprobado por: | | | | | | |
| **El documento describe al menos los siguientes elementos: (SI/NO)** | | | | | | | | | |
| 1. Precauciones estándar |  | 2. Manejo de desechos orgánicos | | |  | | 3. Almacenamiento de sustancias peligrosas | |  |
| Breve descripción del contenido del documento: | | | | | | | | | |

**APA 1.4– Segundo elemento medible:** Se constata: almacenamiento de sustancias peligrosas\* (Xilol, Formaldehido) de acuerdo a procedimiento local.

|  |  |
| --- | --- |
| Metodología de constatación: | |
| Sustancia Peligrosa | Almacenamiento según Norma Local (SI/NO/NA) |
| Xilol |  |
| Formaldehído |  |
| Descripción de hallazgos: | |

**CARACTERÍSTICA APA 1.4 / FUNDAMENTOS**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Puntaje asignado (1-0-N/A)** | Servicio de Anatomía Patológica | | 1° EM: | | 2° EM: | |
| **Umbral de la característica: 100%** | | Puntaje total: | | Porcentaje obtenido: | | Cumple: |

**SERVICIOS DE APOYO – QUIMIOTERAPIA (APQ)**

**CARACTERÍSTICA APQ 1.1 / HALLAZGOS**

**APQ 1.1 – Primer elemento medible:** Se verifica que la compra de prestaciones se realiza solamente a terceros acreditados.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Dirección o Gerencia** | | | | | |
| Prestador al que compra | N° Autorización Sanitaria (A.S.) | Fecha A.S. | SEREMI/SSDS | Copia fiel original documento (Si/No) | N° Registro Acreditación |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

**CARACTERÍSTICA APQ 1.1 / FUNDAMENTOS**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Puntaje asignado (1-0-NA)** | Dirección o Gerencia | | 1° elemento medible: | |
| **Umbral de la característica: 100%** | Puntaje total: | Porcentaje obtenido: | | Cumple: |

**CARACTERÍSTICA APQ 1.2 / HALLAZGOS**

**APQ 1.2– Primer elemento medible:** Se describe en documentos.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Unidad de Quimioterapia** | | | | | | | | |
| Nombre del documento: | | | | | | | | |
| Fecha elab: | | Versión: | | | | Fecha vigencia: | N° páginas: | |
| Elaborado por: | | | | Aprobado por: | | | | |
| **Describe**  **(SI/NO)** | 1. Protocolos de tratamiento de quimioterapia | |  | | 2. Procedimiento de registro para las atenciones de quimioterapia | | |  |
| Breve descripción del contenido del documento: | | | | | | | | |

**APQ 1.2– Segundo elemento medible:** Se ha definido indicador y umbral de cumplimiento.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Unidad de Quimioterapia** | | |
| Nombre del indicador |  | |
| Fórmula matemática |  | |
| Umbral de cumplimiento: | | Periodicidad de la evaluación: |

**APQ 1.2– Tercer elemento medible:** Existe constancia de que se ha realizado la evaluación periódica.

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Unidad de Quimioterapia** | | | | | | |
| Nombre documento |  | | | | | |
| Responsable medición |  | | | | | |
| Fuente primaria |  | | | | | |
| Fuente secundaria |  | | | | | |
| Periodo evaluado |  | | | | | |
| Metodología de medición del prestador |  | | | | | |
| Metodología de constatación |  | | | | | |
| **Período evaluado** | **Resultados entregados por el prestador para el periodo evaluado** | | | **Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados** | | |
| Mes/año | Cumplidas | Total | % Cumplimiento | Cumplidas | Total | % Cumplimiento |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| Descripción de los hallazgos: | | | | | | |

**CARACTERÍSTICA APQ 1.2 / FUNDAMENTOS**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Puntaje asignado (1-0-N/A)** | Unidad de Quimioterapia | | 1° EM: | | 2° EM: | 3° EM: | |
| **Umbral de la característica: 100%** | | Puntaje total: | | Porcentaje obtenido: | | | Cumple: |

**CARACTERÍSTICA APQ 1.3 OBLIGATORIA / HALLAZGOS**

**APQ 1.3– Primer elemento medible:** Se describen en documentos de carácter institucional los procedimientos relacionados con:

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Unidad de Quimioterapia** | | | | | | |
| Nombre del documento: | | | | | | |
| N° Resolución: | Versión: | | | | Fecha: | |
| Carácter institucional: | Fecha vigencia: | | | | N° páginas: | |
| Elaborado por: | | | | Aprobado por: | | |
| **El documento describe los siguientes procedimientos: (SI/NO)** | | | | | | |
| 1. Administración de medicamentos antineoplásicos | |  | 2. Disposición y eliminación de desechos de medicamentos antineoplásicos y residuos contaminados | | |  |
| 3. Instalación y manejo de procedimientos invasivos relacionados con quimioterapia | |  | 4. Vigilancia de infecciones asociadas a catéteres vasculares centrales | | |  |
| Breve descripción del contenido del documento: | | | | | | |

**APQ 1.3– Segundo elemento medible:** Se ha definido indicador y umbral de cumplimiento.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Unidad de Quimioterapia** | | |
| Nombre del indicador |  | |
| Fórmula matemática |  | |
| Umbral de cumplimiento: | | Periodicidad de la evaluación: |

**APQ 1.3– Tercer elemento medible:** Existe constancia de que se ha realizado la evaluación periódica.

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Unidad de Quimioterapia** | | | | | | |
| Nombre documento |  | | | | | |
| Responsable medición |  | | | | | |
| Fuente primaria |  | | | | | |
| Fuente secundaria |  | | | | | |
| Periodo evaluado |  | | | | | |
| Metodología de medición del prestador |  | | | | | |
| Metodología de constatación |  | | | | | |
| **Período evaluado** | **Resultados entregados por el prestador para el periodo evaluado** | | | **Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados** | | |
| Mes/año | Cumplidas | Total | % Cumplimiento | Cumplidas | Total | % Cumplimiento |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| Descripción de los hallazgos: | | | | | | |

**CARACTERÍSTICA APQ 1.3 OBLIGATORIA / FUNDAMENTOS**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Puntaje asignado (1-0-N/A)** | Unidad de Quimioterapia | | 1° EM: | | 2° EM: | 3° EM: | |
| **Umbral de la característica: 100%** | | Puntaje total: | | Porcentaje obtenido: | | | Cumple: |

**SERVICIOS DE APOYO – IMAGENOLOGÍA (API)**

**CARACTERÍSTICA API 1.1 / HALLAZGOS**

**API 1.1 – Primer elemento medible:** Se constata que la compra de prestaciones se realiza solamente a terceros acreditados.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Dirección o Gerencia** | | | | | |
| Prestador al que compra | N° Autorización Sanitaria (A.S.) | Fecha A.S. | SEREMI/SSDS | Copia fiel original documento (Si/No) | N° Registro Acreditación |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

**CARACTERÍSTICA API 1.1 / FUNDAMENTOS**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Puntaje asignado (1-0-NA)** | Dirección o Gerencia | | 1° elemento medible: | |
| **Umbral de la característica: 100%** | Puntaje total: | Porcentaje obtenido: | | Cumple: |

**CARACTERÍSTICA API 1.2 OBLIGATORIA / HALLAZGOS**

**API 1.2 – Primer elemento medible:** Con respecto a los exámenes imagenológicos que involucran procedimientos invasivos, uso de medio de contraste, sedación y/o anestesia, se describe en un documento elaborado por la unidad:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Servicio de Imagenología** | | | | | | | | | |
| Nombre del documento: | | | | | | | | | |
| : Fecha elab: | Versión | | | | | Fecha vigencia: | N° páginas: | | |
| Elaborado por: | | | | | Aprobado por: | | | | |
| **El documento describe los siguientes elementos: (SI/NO/NA)** | | | | | | | | | |
| 1. El procedimiento imagenológico cuando está involucrado un procedimiento invasivo | |  | 2. Los procedimientos a realizar para prevenir eventos adversos asociados al uso de medios de contraste endovenosos, sedación y /o anestesia | | | | | |  |
| 3. Protocolo de sedación y/o anestesia | | |  | 4. Se han definido los responsables de su aplicación | | | |  | |
| Breve descripción del contenido del documento: | | | | | | | | | |

**API 1.2 – Segundo elemento medible:** Se ha definido indicador y umbral de cumplimiento.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Servicio de Imagenología** | | |
| Nombre del indicador |  | |
| Fórmula matemática |  | |
| Umbral de cumplimiento: | | Periodicidad de la evaluación: |

**API 1.2 – Tercer elemento medible:** Existe constancia de que se ha realizado la evaluación periódica.

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Servicio de Imagenología** | | | | | | |
| Nombre documento |  | | | | | |
| Responsable medición |  | | | | | |
| Fuente primaria |  | | | | | |
| Fuente secundaria |  | | | | | |
| Periodo evaluado |  | | | | | |
| Metodología de medición del prestador |  | | | | | |
| Metodología de constatación |  | | | | | |
| **Período evaluado** | **Resultados entregados por el prestador para el periodo evaluado** | | | **Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados** | | |
| Mes/año | Cumplidas | Total | % Cumplimiento | Cumplidas | Total | % Cumplimiento |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| Descripción de los hallazgos: | | | | | | |

**CARACTERÍSTICA API 1.2 OBLIGATORIA / FUNDAMENTOS**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Puntaje asignado (1-0-N/A)** | Servicio de Imagenología | | 1° EM: | | 2° EM: | 3° EM: | |
| **Umbral de la característica: > 66%** | | Puntaje total: | | Porcentaje obtenido: | | | Cumple: |

**CARACTERÍSTICA API 1.3 / HALLAZGOS**

**API 1.3 – Primer elemento medible:** Se describe en documentos elaborados por el Servicio de Imagenología.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Servicio de Imagenología** | | | | | | | | | | |
| Nombre del documento: | | | | | | | | | | |
| Fecha elab: | Versión: | | | | | | Fecha vigencia: | | N° páginas: | |
| Elaborado por: | | | | | Aprobado por: | | | | | |
| **El documento describe los siguientes elementos: (SI/NO/NA)** | | | | | | | | | | |
| 1. Los requisitos que deben cumplir las solicitudes de exámenes | |  | | 2. Las indicaciones que deben entregarse a los pacientes antes y después de los procedimientos imagenológicos según corresponda | | | | | |  |
| Breve descripción del contenido del documento: | | | | | | | | | | |
| **Se constata el documento descrito en los siguientes puntos de verificación: SI/NO/NA** | | | | | | | | | | |
| Servicio de Imagenología (1 y 2) | | | UPC Adulto (1) | | | Medicina (1 y 2) | | URG (1) | | |
|  | | |  | | |  | |  | | |

**API 1.3 – Segundo elemento medible:** Se ha definido indicador y umbral de cumplimiento.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Servicio de Imagenología** | | |
| Nombre del indicador |  | |
| Fórmula matemática |  | |
| Umbral de cumplimiento: | | Periodicidad de la evaluación: |
| **UPC Adulto** | | |
| Nombre del indicador |  | |
| Fórmula matemática |  | |
| Umbral de cumplimiento: | | Periodicidad de la evaluación: |
| **Medicina** | | |
| Nombre del indicador |  | |
| Fórmula matemática |  | |
| Umbral de cumplimiento: | | Periodicidad de la evaluación: |
| **URG** | | |
| Nombre del indicador |  | |
| Fórmula matemática |  | |
| Umbral de cumplimiento: | | Periodicidad de la evaluación: |

**API 1.3 – Tercer elemento medible:** Existe constancia de que se ha realizado la evaluación periódica.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Servicio de Imagenología** | | | | | | | | |
| Nombre documento |  | | | | | | | |
| Responsable medición |  | | | | | | | |
| Fuente primaria |  | | | | | | | |
| Fuente secundaria |  | | | | | | | |
| Periodo evaluado |  | | | | | | | |
| Metodología de medición del prestador |  | | | | | | | |
| Metodología de constatación |  | | | | | | | |
| **Período evaluado** | **Resultados entregados por el prestador para el periodo evaluado** | | | | **Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados** | | | |
| Mes/año | Cumplidas | | Total | % Cumplimiento | Cumplidas | | Total | % Cumplimiento |
|  |  | |  |  |  | |  |  |
|  |  | |  |  |  | |  |  |
|  |  | |  |  |  | |  |  |
|  |  | |  |  |  | |  |  |
|  |  | |  |  |  | |  |  |
|  |  | |  |  |  | |  |  |
| Descripción de los hallazgos: | | | | | | | | |
| **UPC Adulto** | | | | | | | | |
| Nombre documento |  | | | | | | | |
| Responsable medición |  | | | | | | | |
| Fuente primaria |  | | | | | | | |
| Fuente secundaria |  | | | | | | | |
| Periodo evaluado |  | | | | | | | |
| Metodología de medición del prestador |  | | | | | | | |
| Metodología de constatación |  | | | | | | | |
| **Período evaluado** | **Resultados entregados por el prestador para el periodo evaluado** | | | | **Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados** | | | |
| Mes/año | Cumplidas | Total | | % Cumplimiento | Cumplidas | Total | | % Cumplimiento |
|  |  |  | |  |  |  | |  |
|  |  |  | |  |  |  | |  |
|  |  |  | |  |  |  | |  |
|  |  |  | |  |  |  | |  |
|  |  |  | |  |  |  | |  |
|  |  |  | |  |  |  | |  |
| Descripción de los hallazgos: | | | | | | | | |
| **Medicina** | | | | | | | | |
| Nombre documento |  | | | | | | | |
| Responsable medición |  | | | | | | | |
| Fuente primaria |  | | | | | | | |
| Fuente secundaria |  | | | | | | | |
| Periodo evaluado |  | | | | | | | |
| Metodología de medición del prestador |  | | | | | | | |
| Metodología de constatación |  | | | | | | | |
| **Período evaluado** | **Resultados entregados por el prestador para el periodo evaluado** | | | | **Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados** | | | |
| Mes/año | Cumplidas | Total | | % Cumplimiento | Cumplidas | Total | | % Cumplimiento |
|  |  |  | |  |  |  | |  |
|  |  |  | |  |  |  | |  |
|  |  |  | |  |  |  | |  |
|  |  |  | |  |  |  | |  |
|  |  |  | |  |  |  | |  |
|  |  |  | |  |  |  | |  |
| Descripción de los hallazgos: | | | | | | | | |
| **URG** | | | | | | | | |
| Nombre documento |  | | | | | | | |
| Responsable medición |  | | | | | | | |
| Fuente primaria |  | | | | | | | |
| Fuente secundaria |  | | | | | | | |
| Periodo evaluado |  | | | | | | | |
| Metodología de medición del prestador |  | | | | | | | |
| Metodología de constatación |  | | | | | | | |
| **Período evaluado** | **Resultados entregados por el prestador para el periodo evaluado** | | | | **Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados** | | | |
| Mes/año | Cumplidas | Total | | % Cumplimiento | Cumplidas | Total | | % Cumplimiento |
|  |  |  | |  |  |  | |  |
|  |  |  | |  |  |  | |  |
|  |  |  | |  |  |  | |  |
|  |  |  | |  |  |  | |  |
|  |  |  | |  |  |  | |  |
|  |  |  | |  |  |  | |  |
| Descripción de los hallazgos: | | | | | | | | |

**CARACTERÍSTICA API 1.3 / FUNDAMENTOS**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Puntaje asignado (1-0-N/A)** | Servicio de Imagenología | | UPC Adulto | | Medicina | URG |
| Primer elemento medible |  | |  | |  |  |
| Segundo elemento medible |  | |  | |  |  |
| Tercer elemento medible |  | |  | |  |  |
| **Umbral de la característica: >66%** | | Puntaje total: | | Porcentaje obtenido: | | Cumple: |

**SERVICIOS DE APOYO – KINESIOTERAPIA (APK)**

**CARACTERÍSTICA APK 1.1 /HALLAZGOS**

**APK 1.1 – Primer elemento medible:** Se constata que la compra de prestaciones se realiza solamente a terceros acreditados.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Dirección o Gerencia** | | | | | |
| Prestador al que compra | N° Autorización Sanitaria (A.S.) | Fecha A.S. | SEREMI/SSDS | Copia fiel original documento (Si/No) | N° Registro Acreditación |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

**CARACTERÍSTICA APK 1.1 / FUNDAMENTOS**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Puntaje asignado (1-0-NA)** | Dirección o Gerencia | | 1° elemento medible: | |
| **Umbral de la característica: 100%** | Puntaje total: | Porcentaje obtenido: | | Cumple: |

**CARACTERÍSTICA APK 1.2 / HALLAZGOS**

**APK 1.2 – Primer elemento medible:** Se describe en documentos elaborados por la Unidad de Kinesioterapia.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Unidad de Kinesioterapia** | | | | | | | | | | |
| Nombre del documento: | | | | | | | | | | |
| Fecha elab: | | | Versión: | | | Fecha vigencia: | | | N° páginas: | |
| Elaborado por: | | | | | Aprobado por: | | | | | |
| **Describe (SI/NO)** | 1. Los requisitos de preparación del paciente previo a la ejecución de procedimientos de KNTR | | | | | | | | |  |
| Breve descripción del contenido del documento: | | | | | | | | | | |
| **Se constata el documento descrito en los siguientes puntos de verificación: SI/NO/NA** | | | | | | | | | | |
| Kinesioterapia | | UPC Ad. | | UPC Ped. | | | Pediatría | Medicina | | |
|  | |  | |  | | |  |  | | |

**APK 1.2 – Segundo elemento medible:** Se ha definido indicador y umbral de cumplimiento.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **UPC Adulto** | | |
| Nombre del indicador |  | |
| Fórmula matemática |  | |
| Umbral de cumplimiento: | | Periodicidad de la evaluación: |
| **UPC Ped** | | |
| Nombre del indicador |  | |
| Fórmula matemática |  | |
| Umbral de cumplimiento: | | Periodicidad de la evaluación: |
| **Pediatría** | | |
| Nombre del indicador |  | |
| Fórmula matemática |  | |
| Umbral de cumplimiento: | | Periodicidad de la evaluación: |
| **Medicina** | | |
| Nombre del indicador |  | |
| Fórmula matemática |  | |
| Umbral de cumplimiento: | | Periodicidad de la evaluación: |

**APK 1.2 – Tercer elemento medible:** Existe constancia de que se ha realizado la evaluación periódica.

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **UPC Adulto** | | | | | | |
| Nombre documento |  | | | | | |
| Responsable medición |  | | | | | |
| Fuente primaria |  | | | | | |
| Fuente secundaria |  | | | | | |
| Periodo evaluado |  | | | | | |
| Metodología de medición del prestador |  | | | | | |
| Metodología de constatación |  | | | | | |
| **Período evaluado** | **Resultados entregados por el prestador para el periodo evaluado** | | | **Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados** | | |
| Mes/año | Cumplidas | Total | % Cumplimiento | Cumplidas | Total | % Cumplimiento |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| Descripción de los hallazgos: | | | | | | |
| **UPC Ped** | | | | | | |
| Nombre documento |  | | | | | |
| Responsable medición |  | | | | | |
| Fuente primaria |  | | | | | |
| Fuente secundaria |  | | | | | |
| Periodo evaluado |  | | | | | |
| Metodología de medición del prestador |  | | | | | |
| Metodología de constatación |  | | | | | |
| **Período evaluado** | **Resultados entregados por el prestador para el periodo evaluado** | | | **Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados** | | |
| Mes/año | Cumplidas | Total | % Cumplimiento | Cumplidas | Total | % Cumplimiento |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| Descripción de los hallazgos: | | | | | | |
| **Pediatría** | | | | | | |
| Nombre documento |  | | | | | |
| Responsable medición |  | | | | | |
| Fuente primaria |  | | | | | |
| Fuente secundaria |  | | | | | |
| Periodo evaluado |  | | | | | |
| Metodología de medición del prestador |  | | | | | |
| Metodología de constatación |  | | | | | |
| **Período evaluado** | **Resultados entregados por el prestador para el periodo evaluado** | | | **Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados** | | |
| Mes/año | Cumplidas | Total | % Cumplimiento | Cumplidas | Total | % Cumplimiento |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| Descripción de los hallazgos: | | | | | | |
| **Medicina** | | | | | | |
| Nombre documento |  | | | | | |
| Responsable medición |  | | | | | |
| Fuente primaria |  | | | | | |
| Fuente secundaria |  | | | | | |
| Periodo evaluado |  | | | | | |
| Metodología de medición del prestador |  | | | | | |
| Metodología de constatación |  | | | | | |
| **Período evaluado** | **Resultados entregados por el prestador para el periodo evaluado** | | | **Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados** | | |
| Mes/año | Cumplidas | Total | % Cumplimiento | Cumplidas | Total | % Cumplimiento |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| Descripción de los hallazgos: | | | | | | |

**CARACTERÍSTICA APK 1.2 / FUNDAMENTOS**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Puntaje asignado (1-0-N/A)** | Kinesioterapia | | UPC Adulto | UPC Ped | | Pediatría | | Medicina |
| Primer elemento medible |  | |  |  | |  | |  |
| Segundo elemento medible |  | |  |  | |  | |  |
| Tercer elemento medible |  | |  |  | |  | |  |
| **Umbral de la característica: >75%** | | Puntaje total: | | | Porcentaje obtenido: | | Cumple: | |

**CARACTERÍSTICA APK 1.3 / HALLAZGOS**

**APK 1.3 – Primer elemento medible:** Se describen en un documento elaborado por la Unidad de Kinesioterapia.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Unidad de Kinesioterapia** | | | | | | | | |
| Nombre del documento: | | | | | | | | |
| Fecha elab: | | Versión: | | | | Fecha vigencia: | N° páginas: | |
| Elaborado por: | | | | Aprobado por: | | | | |
| **Describe (SI/NO)** | 1. Contraindicaciones para ejecución de procedimientos específicos | |  | | 2. Prevención de eventos adversos relacionados con la rehabilitación kinésica | | |  |
| Breve descripción del contenido del documento: | | | | | | | | |

**APK 1.3 – Segundo elemento medible:** Se ha definido indicador y umbral de cumplimiento.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Unidad de Kinesioterapia** | | |
| Nombre del indicador |  | |
| Fórmula matemática |  | |
| Umbral de cumplimiento: | | Periodicidad de la evaluación: |

**APK 1.3 – Tercer elemento medible:** Existe constancia de que se ha realizado la evaluación periódica.

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Unidad de Kinesioterapia** | | | | | | |
| Nombre documento |  | | | | | |
| Responsable medición |  | | | | | |
| Fuente primaria |  | | | | | |
| Fuente secundaria |  | | | | | |
| Periodo evaluado |  | | | | | |
| Metodología de medición del prestador |  | | | | | |
| Metodología de constatación |  | | | | | |
| **Período evaluado** | **Resultados entregados por el prestador para el periodo evaluado** | | | **Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados** | | |
| Mes/año | Cumplidas | Total | % Cumplimiento | Cumplidas | Total | % Cumplimiento |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| Descripción de los hallazgos: | | | | | | |

**CARACTERÍSTICA APK 1.3 / FUNDAMENTOS**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Puntaje asignado (1-0-N/A)** | Servicio de Kinesioterapia | | 1° EM: | | 2° EM: | 3° EM: | |
| **Umbral de la característica: > 66%** | | Puntaje total: | | Porcentaje obtenido: | | | Cumple: |

**SERVICIOS DE APOYO – MEDICINA TRANSFUSIONAL (APTr)**

**CARACTERÍSTICA APTr 1.1 / HALLAZGOS**

**APTr 1.1 – Primer elemento medible:** Se constata que la compra de prestaciones se realiza solamente a terceros acreditados.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Dirección o Gerencia** | | | | | |
| Prestador al que compra | N° Autorización Sanitaria (A.S.) | Fecha A.S. | SEREMI/SSDS | Copia fiel original documento (Si/No) | N° Registro Acreditación |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

**CARACTERÍSTICA APTr 1.1 / FUNDAMENTOS**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Puntaje asignado (1-0-NA)** | Dirección o Gerencia | | 1° elemento medible: | |
| **Umbral de la característica: 100%** | Puntaje total: | Porcentaje obtenido: | | Cumple: |

**CARACTERÍSTICA APTr 1.2 / HALLAZGOS**

**APTr 1.2 – Primer elemento medible:** Se describen en documentos elaborados por la Unidad los siguientes procedimientos relacionados con el proceso de transfusión.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Unidad de Medicina Transfusional** | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nombre del documento: | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Fecha elab: | | | Versión: | | | | | | | Fecha vigencia: | | | | | | N° páginas: | |
| Elaborado por: | | | | | | | | Aprobado por: | | | | | | | | | |
| **El documento describe los siguientes procedimientos y responsables: (SI/NO)** | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. Determinación de grupos A, B, 0 y Rh - D y detección de anticuerpos irregulares (todos aquellos con significación clínica) | | | | | | |  | | | | 2. Eliminación de hemocomponentes no aptos para transfusión | | | | | |  |
| 3. Condiciones de almacenamiento y transporte de componentes sanguíneos | | | |  | 4. Gestión del stock |  | | | 5. Estudios de compatibilidad donante / paciente | | | | |  | 6. Control A, B, 0 y Rh –D pre-transfusional | |  |
| 7. Administración de transfusiones |  | 8. Vigilancia activa de eventos adversos asociados a las transfusiones de componentes sanguíneos | | | | | | | | | |  | 9. Se han definido los responsables de su aplicación | | | |  |
| Breve descripción del contenido del documento: | | | | | | | | | | | | | | | | | |

**APTr 1.2 – Segundo elemento medible:** Se ha definido indicador y umbral de cumplimiento.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Unidad de Medicina Transfusional** | | |
| Nombre del indicador |  | |
| Fórmula matemática |  | |
| Umbral de cumplimiento: | | Periodicidad de la evaluación: |

**APTr 1.2 – Tercer elemento medible:** Existe constancia de que se ha realizado la evaluación periódica.

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Unidad de Medicina Transfusional** | | | | | | |
| Nombre documento |  | | | | | |
| Responsable medición |  | | | | | |
| Fuente primaria |  | | | | | |
| Fuente secundaria |  | | | | | |
| Periodo evaluado |  | | | | | |
| Metodología de medición del prestador |  | | | | | |
| Metodología de constatación |  | | | | | |
| **Período evaluado** | **Resultados entregados por el prestador para el periodo evaluado** | | | **Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados** | | |
| Mes/año | Cumplidas | Total | % Cumplimiento | Cumplidas | Total | % Cumplimiento |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| Descripción de los hallazgos: | | | | | | |

**APTr 1.2 – Cuarto elemento medible:** Se constata la existencia y vigencia de los siguientes registros.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Unidad de Medicina Transfusional** | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Se constatan los siguientes registros y su vigencia: (SI/NO/NA)** | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. Calificación inmuno-hematológica | | |  | Vigente |  | 2. Temperatura de almacenamiento y transporte de componentes sanguíneos | | | | |  | | Vigente | |  | |
| 3. Eliminación  de componentes sanguíneos |  | Vigente |  | 4. Estudios de compatibilidad | | |  | Vigente |  | 5. Unidades de componentes sanguíneos transfundidos | |  | | Vigente | |  |
| Descripción de los hallazgos: | | | | | | | | | | | | | | | | |

**CARACTERÍSTICA APTr 1.2 / FUNDAMENTOS**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Puntaje asignado (1-0-NA)** | Unidad de Medicina Transfusional | | 1° EM: | | 2° EM: | 3° EM: | | 4° EM: |
| **Umbral de la característica: 100%** | | Puntaje total: | | Porcentaje obtenido: | | | Cumple: | |

**CARACTERÍSTICA APTr 1.3 / HALLAZGOS**

**APTr 1.3 – Primer elemento medible:** Existe un sistema de registro establecido de los componentes sanguíneos que permita su trazabilidad o seguimiento inequívoco desde el donante que lo origina hasta el receptor del componente específico.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Unidad de Medicina Transfusional** | | | |
| Nombre del documento: | | | |
| Fecha elab: | N° páginas: | Elaborado por: | Aprobado por: |
| Descripción del sistema de registro: | | | |

**APTr 1.3– Segundo elemento medible:** Se han definido los responsables de evaluar la trazabilidad de los componentes sanguíneos.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Unidad de Medicina Transfusional** | | | |
| Documento que formaliza designación: | | | |
| Fecha: | Firmado por: | | |
| Nombre del responsable: | | Profesión: | Cargo de la designación: |

**APTr 1.3– Tercer elemento medible:** Se constata trazabilidad de los componentes sanguíneos.

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Unidad de Medicina Transfusional** | | | | | | | |
| Metodología de constatación: | | | | | | | |
| N° | Código de donación | Fecha | Donante | Hemocomponente/Cantidad | Fecha Transfusión | Receptor | Cumple Trazabilidad |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| Descripción de los hallazgos: | | | | | | | |

**CARACTERÍSTICA APTr 1.3 / FUNDAMENTOS**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Puntaje asignado (1-0-NA)** | Unidad de Medicina Transfusional | | 1° EM: | | 2° EM: | 3° EM: |
| **Umbral de la característica: 100%** | | Puntaje total: | | Porcentaje obtenido: | | Cumple: |

**SERVICIOS DE APOYO – ATENCIÓN DE DONANTES (APDs)**

**CARACTERÍSTICA APDs 1.1 / HALLAZGOS**

**APDs 1.1 – Primer elemento medible:** Se describen en documentos elaborados por la Unidad los procedimientos de donación de sangre que abordan los siguientes aspectos.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Unidad de Atención de Donantes** | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nombre del documento: | | | | | | | | | | | | | | | |
| Fecha elab: | Versión: | | | | | | | | Fecha vigencia: | | | N° páginas: | | | |
| Elaborado por: | | | | | | | Aprobado por: | | | | | | | | |
| **El documento describe los procedimientos de donación y contemplan al menos: (SI/NO)** | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. Identificación y codificación del donante | | | | |  | | | 2. Selección del donante | | | | |  | | |
| 3. Obtención de consentimiento informado | |  | 4. Extracción de sangre | | | | | | |  | 5. Transporte de bolsas de sangre | | | |  |
| 6. Manejo de eventos adversos asociado a la donación | | | |  | | 7. Se han definido los responsables de su aplicación | | | | | | | |  | |
| Breve descripción del contenido del documento: | | | | | | | | | | | | | | | |

**APDs 1.1 – Segundo elemento medible:** Se ha definido indicador y umbral de cumplimiento.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Unidad de Atención de Donantes** | | |
| Nombre del indicador |  | |
| Fórmula matemática |  | |
| Umbral de cumplimiento: | | Periodicidad de la evaluación: |

**APDs 1.1 – Tercer elemento medible:** Existe constancia de que se ha realizado la evaluación periódica.

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Unidad de Atención de Donantes** | | | | | | |
| Nombre documento |  | | | | | |
| Responsable medición |  | | | | | |
| Fuente primaria |  | | | | | |
| Fuente secundaria |  | | | | | |
| Periodo evaluado |  | | | | | |
| Metodología de medición del prestador |  | | | | | |
| Metodología de constatación |  | | | | | |
| **Período evaluado** | **Resultados entregados por el prestador para el periodo evaluado** | | | **Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados** | | |
| Mes/año | Cumplidas | Total | % Cumplimiento | Cumplidas | Total | % Cumplimiento |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| Descripción de los hallazgos: | | | | | | |

**CARACTERÍSTICA APDs 1.1 / FUNDAMENTOS**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Puntaje asignado (1-0-N/A)** | Unidad de Atención de Donantes | | 1° EM: | 2° EM: | | 3° EM: |
| **Umbral de la característica: > 66%** | | Puntaje total: | Porcentaje obtenido: | | Cumple: | |

**CARACTERÍSTICA APDs 1.2 OBLIGATORIA / HALLAZGOS**

**APDs 1.2– Elemento medible:** Existe un sistema de registro establecido de los componentes sanguíneos que permita su trazabilidad o seguimiento inequívoco desde el donante que lo origina hasta el receptor del componente específico.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Unidad de Atención de Donantes** | | | |
| Nombre del documento: | | | |
| Fecha elab: | N° páginas: | Elaborado por: | Aprobado por: |
| Descripción del sistema de registro: | | | |

**APDs 1.2 – Segundo elemento medible:** Se han definido los responsables de evaluar la trazabilidad de los componentes sanguíneos.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Unidad de Atención de Donantes** | | | |
| Documento que formaliza designación: | | | |
| Firmado por: | | Fecha: | |
| Nombre del responsable | Profesión: | | Cargo de la designación: |

**APDs 1.2 – Tercer elemento medible:** Se constata trazabilidad de los componentes sanguíneos.

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Unidad de Atención de Donantes** | | | | | | | |
| Metodología de constatación: | | | | | | | |
| N° | Código de donación | Fecha | Donante | Hemocomponente/Cantidad | Fecha Transfusión | Receptor | Cumple Trazabilidad (SI/NO) |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |  |  |
| Descripción de los hallazgos: | | | | | | | |

**CARACTERÍSTICA APDs 1.2 OBLIGATORIA / FUNDAMENTOS**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Puntaje asignado (1-0-NA)** | Unidad de Atención de Donantes | | 1° EM: | | 2° EM: | 3° EM: |
| **Umbral de la característica: 100%** | | Puntaje total: | | Porcentaje obtenido: | | Cumple: |

**SERVICIOS DE APOYO – CENTRO DE SANGRE (APCs)**

**CARACTERÍSTICA APCs 1.1 / HALLAZGOS**

**APCs 1.1 – Primer elemento medible:** Se constata que los productos recibidos provienen solamente de terceros acreditados.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Dirección o Gerencia** | | | | | |
| Prestador al que compra | N° Autorización Sanitaria (A.S.) | Fecha A.S. | SEREMI/SSDS | Copia fiel original documento (Si/No) | N° Registro Acreditación |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

**CARACTERÍSTICA APCs 1.1 / FUNDAMENTOS**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Puntaje asignado (1-0-NA)** | Dirección o Gerencia | | 1° elemento medible: | |
| **Umbral de la característica: 100%** | Puntaje total: | Porcentaje obtenido: | | Cumple: |

**CARACTERÍSTICA APCs 1.2 / HALLAZGOS**

**APCs 1.2 – Primer elemento medible:** En documentos elaborados por la Unidad se describe lo siguiente.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Centro de Sangre** | | | | | | | | | | | |
| Nombre del documento: | | | | | | | | | | | |
| Versión: | | Fecha elab: | | | | | | Fecha vigencia: | | N° páginas: | |
| Elaborado por: | | | | | | Aprobado por: | | | | | |
| **El documento describe los siguientes procedimientos y responsables: (SI/NO)** | | | | | | | | | | | |
| 1. Procedimiento de preparación de hemocomponentes. | | | |  | 2. Procedimiento y criterios de eliminación de bolsas de sangre no aptas para la producción. | | | | | |  |
| 3. Procedimiento y criterios de eliminación de hemocomponentes no aptos para transfusión. | | | |  | 4. Calificación microbiológica de las unidades de sangre donadas. | | | | | |  |
| 5. Calificación inmuno-hematológica de las unidades de sangre donadas. | | | |  | 6. Procedimiento de liberación y etiquetado de unidades producidas. | | | | | |  |
| 7. Almacenamiento y  gestión de stock |  | | 8. Transporte de hemocomponentes | | | |  | | 9. Se han definido los responsables de su aplicación | |  |
| Breve descripción del contenido del documento: | | | | | | | | | | | |

**APCs 1.2 – Segundo elemento medible:** Se han definido indicador y umbral de cumplimiento.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Centro de Sangre** | | |
| Nombre del indicador |  | |
| Fórmula matemática |  | |
| Umbral de cumplimiento: | | Periodicidad de la evaluación: |

**APCs 1.2 – Tercer elemento medible:** Existe constancia de que se ha realizado la evaluación periódica.

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Centro de Sangre** | | | | | | |
| Nombre documento |  | | | | | |
| Responsable medición |  | | | | | |
| Fuente primaria |  | | | | | |
| Fuente secundaria |  | | | | | |
| Periodo evaluado |  | | | | | |
| Metodología de medición del prestador |  | | | | | |
| Metodología de constatación |  | | | | | |
| **Período evaluado** | **Resultados entregados por el prestador para el periodo evaluado** | | | **Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados** | | |
| Mes/año | Cumplidas | Total | % Cumplimiento | Cumplidas | Total | % Cumplimiento |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| Descripción de los hallazgos: | | | | | | |

**CARACTERÍSTICA APCs 1.2 / FUNDAMENTOS**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Puntaje asignado (1-0-NA)** | Centro de Sangre | | 1° EM: | | 2° EM: | 3° EM: | |
| **Umbral de la característica: 100%** | | Puntaje total: | | Porcentaje obtenido: | | | Cumple: |

**CARACTERÍSTICA APCs 1.3 / HALLAZGOS**

**APCs 1.3 – Primer Elemento medible:** Existen registros de participación en Programas de Evaluación Externa de la Calidad en las prestaciones correspondientes. \*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Centro de Sangre** | | |
| Breve descripción de la constatación de registros de participación en PEEC: | | |
| Subprograma de calificación microbiológica | Tipo de PEEC | Identificación del documento de participación |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

\* Calificación microbiológica.

**APCs 1.3 – Segundo Elemento medible:** Se documenta análisis y acciones de mejora en caso de incumplimiento de requisitos establecidos en el Programa de Control de Calidad Externo.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Centro de Sangre** | | | | | |
| Programa que detecta incumplimiento | N° de Informe PEEC | Resultado Insatisfactorio (SI/NO) | Fecha de informe | Análisis (SI/NO) | Medidas de Mejora  (SI/NO) |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| Descripción de los hallazgos: | | | | | |

**CARACTERÍSTICA APCs 1.3/ FUNDAMENTOS**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Puntaje asignado (1-0-NA)** | Centro de Sangre | | 1° EM: | | 2° EM: | |
| **Umbral de la característica: 100%** | | Puntaje total: | | Porcentaje obtenido: | | Cumple: |

**CARACTERÍSTICA APCs 1.4 / HALLAZGOS**

**APCs 1.4 – Primer elemento medible:** Existe un sistema de registro establecido de los componentes sanguíneos que permita su trazabilidad o seguimiento inequívoco desde el donante que lo origina hasta el receptor del componente específico.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Centro de Sangre** | | | |
| Nombre del documento: | | | |
| Fecha elab: | N° páginas: | Elaborado por: | Aprobado por: |
| Descripción del sistema de registro: | | | |

**APCs 1.4 – Segundo elemento medible:** Se han definido los responsables de evaluar la trazabilidad de los componentes sanguíneos.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Centro de Sangre** | | | |
| Documento que formaliza designación: | | | |
| Firmado por: | | Fecha: | |
| Nombre del responsable | Profesión: | | Cargo de la designación: |

**APCs 1.4 – Tercer elemento medible:** Se constata trazabilidad de los componentes sanguíneos.

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Centro de Sangre** | | | | | | | |
| Metodología de constatación: | | | | | | | |
| N° | Código de donación | Fecha | Donante | Hemocomponentes/Cantidad | Fecha Transfusión | Receptor | Cumple Trazabilidad |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

**CARACTERÍSTICA APCs 1.4 / FUNDAMENTOS**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Puntaje asignado (1-0-NA)** | Centro de Sangre | | 1° EM: | | 2° EM: | 3° EM: | |
| **Umbral de la característica: 100%** | | Puntaje total: | | Porcentaje obtenido: | | | Cumple: |

**CONCLUSIONES**

El prestador institucional **XXXXXXX XXXXXXXX**, de acuerdo a su tipo y nivel de complejidad, fue evaluado con el “Estándar General de Acreditación para Prestadores Institucionales de Atención Cerrada”. De las **106** características contenidas en dicho estándar, al Prestador le aplicaron **xx** características, **xx** obligatorias y **xx** no obligatorias.

| **CARACTERÍSTICAS OBLIGATORIAS** | | | |
| --- | --- | --- | --- |
| **Código** | **% umbral exigido** | **% cumplimiento** | **Estado** |
| DP 2.1 | ≥ 80% |  |  |
| CAL 1.1 | 100% |  |  |
| CAL 1.2 | ≥ 80% |  |  |
| GCL 1.1 | ≥ 75% |  |  |
| GCL 1.5 | ≥ 75% |  |  |
| GCL 1.7 | ≥ 75% |  |  |
| GCL 1.11 | ≥ 75% |  |  |
| GCL 1.12 | ≥ 90% |  |  |
| GCL 2.1 | ≥ 75% |  |  |
| GCL 2.2 | ≥ 75% |  |  |
| GCL 3.2 | 100% |  |  |
| GCL 3.3 | ≥ 75% |  |  |
| AOC 1.1 | ≥ 75% |  |  |
| AOC 1.2 | ≥ 66% |  |  |
| AOC 1.3 | ≥ 75% |  |  |
| RH 1.1 | ≥ 75% |  |  |
| RH 1.2 | ≥ 90% |  |  |
| REG 1.1 | 100% |  |  |
| EQ 2.1 | 100% |  |  |
| INS 1.1 | ≥ 80% |  |  |
| APL 1.4 | 100% |  |  |
| APL 1.5 | 100% |  |  |
| APF 1.3 | ≥ 75% |  |  |
| APE 1.2 | 100% |  |  |
| APE 1.3 | ≥ 66% |  |  |
| APD 1.2 | ≥ 66% |  |  |
| APA 1.2 | ≥ 66% |  |  |
| APQ 1.3 | 100% |  |  |
| API 1.2 | ≥ 66% |  |  |
| APDs 1.2 | 100% |  |  |

| **CARACTERÍSTICAS NO OBLIGATORIAS** | | | |
| --- | --- | --- | --- |
| **Código** | **% umbral exigido** | **% cumplimiento** | **Estado** |
| DP 1.1 | SI |  |  |
| DP 1.2 | 100% |  |  |
| DP 1.3 | ≥ 66% |  |  |
| DP 3.1 | ≥ 66% |  |  |
| DP 4.1 | 100% |  |  |
| DP 4.2 | ≥ 75% |  |  |
| DP 5.1 | ≥ 75% |  |  |
| GCL 1.2 | ≥ 75% |  |  |
| GCL 1.3 | ≥ 50% |  |  |
| GCL 1.4 | ≥ 75% |  |  |
| GCL 1.6 | ≥ 66% |  |  |
| GCL 1.8 | 100% |  |  |
| GCL 1.9 | ≥ 75% |  |  |
| GCL 1.10 | ≥ 75% |  |  |
| GCL 1.13 | ≥ 66% |  |  |
| GCL 2.3 | ≥ 75% |  |  |
| GCL 3.1 | 100% |  |  |
| AOC 2.1 | 100% |  |  |
| AOC 2.2 | ≥ 75% |  |  |
| RH 1.3 | ≥ 50% |  |  |
| RH 2.1 | 100% |  |  |
| RH 2.2 | ≥ 75% |  |  |
| RH 3.1 | ≥ 50% |  |  |
| RH 4.1 | ≥ 75% |  |  |
| RH 4.2 | ≥ 75% |  |  |
| RH 4.3 | ≥ 66% |  |  |
| REG 1.2 | ≥ 75% |  |  |
| REG 1.3 | ≥ 50% |  |  |
| REG 1.4 | ≥ 66% |  |  |
| EQ 1.1 | 100% |  |  |
| EQ 1.2 | ≥ 50% |  |  |
| EQ 2.2 | ≥ 50% |  |  |
| EQ 3.1 | 100% |  |  |
| INS 2.1 | ≥ 75% |  |  |
| INS 2.2 | ≥ 75% |  |  |
| INS 3.1 | 100% |  |  |
| INS 3.2 | ≥ 75% |  |  |
| APL 1.1 | 100% |  |  |
| APL 1.2 | ≥ 75% |  |  |
| APL 1.3 | ≥ 75% |  |  |
| APF 1.1 | 100% |  |  |
| APF 1.2 | ≥ 50% |  |  |
| APF 1.4 | ≥ 66% |  |  |
| APF 1.5 | ≥ 50% |  |  |
| APF 1.6 | 100% |  |  |
| APF 1.7 | 100% |  |  |
| APE 1.1 | 100% |  |  |
| APE 1.4 | ≥ 75% |  |  |
| APE 1.5 | ≥ 66% |  |  |
| APT 1.1 | 100% |  |  |
| APT 1.2 | 100% |  |  |
| APD 1.1 | 100% |  |  |
| APD 1.3 | ≥ 66% |  |  |
| APD 1.4 | ≥ 66% |  |  |
| APR 1.1 | 100% |  |  |
| APR 1.2 | 100% |  |  |
| APR 1.3 | ≥ 66% |  |  |
| APR 1.4 | ≥ 75% |  |  |
| APA 1.1 | 100% |  |  |
| APA 1.3 | 100% |  |  |
| APA 1.4 | 100% |  |  |
| APQ 1.1 | 100% |  |  |
| APQ 1.2 | 100% |  |  |
| API 1.1 | 100% |  |  |
| API 1.3 | ≥ 66% |  |  |
| APK 1.1 | 100% |  |  |
| APK 1.2 | ≥ 75% |  |  |
| APK 1.3 | ≥ 66% |  |  |
| APTr 1.1 | 100% |  |  |
| APTr 1.2 | 100% |  |  |
| APTr 1.3 | 100% |  |  |
| APDs 1.1 | ≥ 66% |  |  |
| APCs 1.1 | 100% |  |  |
| APCs 1.2 | 100% |  |  |
| APCs 1.3 | 100% |  |  |
| APCs 1.4 | 100% |  |  |

**Resumen de cumplimiento de las características**

|  |  |
| --- | --- |
| N° total de características obligatorias del estándar | 30 |
| N° de características obligatorias aplicables al prestador |  |
| N° de características obligatorias cumplidas |  |
| % de cumplimiento de características obligatorias |  |

|  |  |
| --- | --- |
| N° total de características del estándar | 106 |
| N° total de características aplicables al prestador |  |
| N° total de características cumplidas |  |
| % de cumplimiento de las características totales |  |

Presentados los antecedentes de la evaluación del prestador institucional **XXXXXXX XXXXXXX**, de acuerdo a los hallazgos, fundamentos expuestos y los resultados obtenidos, detallados en el presente informe, y en cumplimiento de las reglas de decisión del Estándar de Acreditación aplicado, debe señalarse que dicho prestador cumple con el **XX%** de las características obligatorias que le fueron aplicables en las evaluaciones efectuadas y con el **XX%** del total de las características que le fueron aplicables en ellas.

Por lo anterior, y considerando que, conforme a las reglas de decisión antedichas, para que sea procedente la declaración de acreditación de este prestador, la exigencia mínima del Estándar de Acreditación aplicado, aprobado por el Decreto Exento N°18, de 2009, del Ministerio de Salud, para el primer proceso de acreditación es el cumplimiento del **100%** de las características obligatorias evaluadas y el cumplimiento del **50%** de las características totales que fueron aplicables al prestador, la Entidad Acreditadora **XXXXX XXXXX**, en virtud de las facultades que la ley le otorga, declara que el Prestador Institucional **XXXXXXX XXXXXXX** ha resultado **ACREDITADO** en el presente procedimiento de acreditación, por un plazo de 3 años, a contar de la fecha de emisión de la Resolución Exenta de la Intendencia de Prestadores que ordene su inscripción en el Registro de Prestadores Institucionales Acreditados”.

**COMENTARIOS:**

**OBSERVACIONES:**

**FIRMAS REPRESENTANTE LEGAL Y DIRECTOR TÉCNICO ENTIDAD ACREDITADORA:**