



INSTITUTO TÉCNICO PARA LA ACREDITACIÓN  
DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD

PLANILLA DE AUTOEVALUACIÓN  
PARA ESTABLECIMIENTOS CON INTERNACIÓN

ESTABLECIMIENTO: .....

MES: .....

AÑO: .....

Viamonte 1636 7º "D"  
C1055ABF – C.A.B.A

Tel/fax. ++ 54 11 4373 6649 /50

Email: [info@itaes.org.ar](mailto:info@itaes.org.ar)  
Webpage: [www.itaes.org.ar](http://www.itaes.org.ar)

## INSTRUCTIVO

- Este formulario se compone de cuatro capítulos:
  - 1 CARÁTULA: para consignar los datos del establecimiento
  - 2 Este INSTRUCTIVO
  - 3 Las PLANILLAS DE AUTOEVALUACIÓN (para los 39 Estándares)
  - 4 Las PLANILLAS DE AUTOEVALUACIÓN DE HISTORIAS CLÍNICAS (para responder las preguntas resaltadas en amarillo)
- La autoevaluación se efectúa consignando "X" en el casillero "SI" o "NO" que corresponda, siempre que esté sombreado en gris.
- Las no sombreadas responden a preguntas "título", no evaluables. Las preguntas referidas a condiciones que no se aplican al establecimiento, se consignarán "NA" (No Aplicable) en la columna Observaciones. Las escritas en azul son evaluables, pero no afectan la conclusión final.
- Las planillas constan de cinco columnas:
  - Columna 1 Indica a qué estándar corresponde cada pregunta.
  - Columna 2 Indica cuáles son los criterios de calidad que deben cumplirse.
  - Columna 3 Contiene la casilla a marcar con "X" cuando el criterio se cumple.
  - Columna 4 Contiene la casilla a marcar con "X" cuando el criterio no se cumple.
  - Columna 5 Reservada para la inclusión de hallazgos, vías de solución o comentarios pertinentes.
- Las preguntas resaltadas en amarillo sólo podrán responderse completando previamente las planillas de Autoevaluación de HC:
  - a) Son siete muestras de Historias Clínicas (a las que se adjuntarán los registros que fueren necesarios en cada caso).
  - b) Las muestras 1 y 3 (pacientes internados y pacientes intervenidos quirúrgicamente) son obligatorias para todos los establecimientos. Las demás serán utilizadas sólo cuando el establecimiento disponga de los servicios a que se refieren (Consultorios Externos, Cuidados Críticos, Neonatología, Rehabilitación y Servicio Social).
  - c) Cada pregunta en amarillo sólo se dará por cumplida cuando el % indicado de HC cuenten con el requisito solicitado.
- Un estándar está cumplido cuando todas las preguntas evaluables se responden "SI".
- No hay límite de tiempo para completar la autoevaluación. Cada establecimiento deberá fijarlo. No obstante, se recomienda que no sobrepase los seis (6) meses.
- Es recomendable asignar la tarea de autoevaluación a un equipo perteneciente a la institución, integrado por el número de personas que se considere necesario, una de las cuales actuará como líder.
- Serán funciones del líder:
  - 1.- Asignar los estándares a evaluar por cada componente del equipo
  - 2.- Coordinar y supervisar las tareas de evaluación
  - 3.- Presentar ante las autoridades del establecimiento los incumplimientos detectados y proponer las vías de solución para cada uno de ellos.
- Una vez cumplidos todos los estándares, se estará en condiciones de solicitar la acreditación al ITAES.



INSTITUTO TÉCNICO PARA LA ACREDITACIÓN  
DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD

**ESTABLECIMIENTOS POLIVALENTES CON INTERNACIÓN - PLANILLA DE AUTOEVALUACIÓN**

| ESTÁNDAR                                  | CRITERIOS  | SI | NO | OBSERVACIONES |
|---|--|----|----|---------------|
| 1 - Continuidad de atención               | ¿El Director Médico:   |    |    |               |
| 1 - Continuidad de atención               | Se encuentra habilitado por autoridad competente?:   |    |    |               |
| 1 - Continuidad de atención               | Ejerce la conducción de la atención médica?  |    |    |               |
| 1 - Continuidad de atención               | Aprueba las políticas de desarrollo en:  |    |    |               |
| 1 - Continuidad de atención               | diagnóstico y tratamiento?   |    |    |               |
| 1 - Continuidad de atención               | recursos humanos?  |    |    |               |
| 1 - Continuidad de atención               | ¿Cuenta con un Programa de Guardias Activas?   |    |    |               |
| 1 - Continuidad de atención               | El programa se encuentra disponible en:  |    |    |               |
| 1 - Continuidad de atención               | Guardia  |    |    |               |
| 1 - Continuidad de atención               | Internación  |    |    |               |
| 1 - Continuidad de atención médica        | ¿Los médicos de guardia o residentes se responsabilizan de los pacientes internados cuando no está el personal médico encargado de la atención?                  |    |    |               |
| 1 - Continuidad de atención               | ¿Cada paciente internado cuenta con un profesional a cargo de su seguimiento?  |    |    |               |
| 1 - Continuidad de atención               | ¿El cuerpo médico discute los casos, en reunión clínica, al menos semanalmente?  |    |    |               |
| <i>1 - Continuidad de atención médica</i> | <i>¿Cuenta con profesionales específicamente encargados del seguimiento de los internados con recorrida diaria de sala?</i>                                      |    |    |               |
| <i>1 - Continuidad de atención médica</i> | <i>¿Cada paciente está a cargo de un profesional del establecimiento a través del cual se canalizan todas las indicaciones de los profesionales consultados?</i> |    |    |               |
| 2 - Derivaciones                          | ¿Cuenta con normas activas para la derivación de pacientes que requieran mayor complejidad diagnóstica y/o terapéutica, programada o de urgencia en:             |    |    |               |
| 2 - Derivaciones                          | Guardia  |    |    |               |
| 2 - Derivaciones                          | Escritas?  |    |    |               |
| 2 - Derivaciones                          | Aprobadas por la Dirección Médica?   |    |    |               |
| 2 - Derivaciones                          | Disponibles permanentemente?   |    |    |               |
| 2 - Derivaciones                          | Conocidas por quienes deben aplicarla?   |    |    |               |
| 2 - Derivaciones                          | Que especifiquen:  |    |    |               |
| 2 - Derivaciones                          | Cómo se tramita una derivación?  |    |    |               |
| 2 - Derivaciones                          | Quién la puede solicitar?  |    |    |               |
| 2 - Derivaciones                          | Quién la autoriza?   |    |    |               |
| 2 - Derivaciones                          | Centros de referencia por especialidad?  |    |    |               |
| 2 - Derivaciones                          | Medios de traslados?   |    |    |               |
| 2 - Derivaciones                          | Documentación que debe acompañar al paciente?  |    |    |               |
| 2 - Derivaciones                          | Medios de comunicación permanente (TE, fax, etc.)?   |    |    |               |
|   | Internación  |    |    |               |



**ESTABLECIMIENTOS POLIVALENTES CON INTERNACIÓN - PLANILLA DE AUTOEVALUACIÓN**

| ESTÁNDAR         | CRITERIOS   | SI | NO | OBSERVACIONES |
|------------------|---|----|----|---------------|
| 2 - Derivaciones | Escritas?   |    |    |               |
| 2 - Derivaciones | Aprobadas por la Dirección Médica?  |    |    |               |
| 2 - Derivaciones | Disponibles permanentemente?  |    |    |               |
| 2 - Derivaciones | Conocidas por quienes deben aplicarla?  |    |    |               |
| 2 - Derivaciones | Que especifiquen:   |    |    |               |
| 2 - Derivaciones | Cómo se tramita una derivación?   |    |    |               |
| 2 - Derivaciones | Quién la puede solicitar?   |    |    |               |
| 2 - Derivaciones | Quién la autoriza?  |    |    |               |
| 2 - Derivaciones | Centros de referencia por especialidad?   |    |    |               |
| 2 - Derivaciones | Medios de traslados?  |    |    |               |
| 2 - Derivaciones | Documentación que debe acompañar al paciente?   |    |    |               |
| 2 - Derivaciones | Medios de comunicación permanente (TE, fax, etc.)?  |    |    |               |
| 2 - Derivaciones | ¿Tiene acordado con las entidades financiadoras o prestatarias los medios y centros asistenciales para la derivación? |    |    |               |
| 2 - Derivaciones | ¿Posee normas de derivación de pacientes a través de financiadoras?   |    |    |               |
| 2 - Derivaciones | ¿Dispone de un medio de transporte para pacientes imposibilitados de deambular?                                       |    |    |               |
| 2 - Derivaciones | En caso positivo, el medio de transporte es:  |    |    |               |
| 2 - Derivaciones | Propio  |    |    |               |
| 2 - Derivaciones | Contratado  |    |    |               |
| 2 - Derivaciones | En caso de ser contratado: ¿el establecimiento posee algún tipo de relación contractual con la empresa de traslados?  |    |    |               |
| 2 - Derivaciones | ¿El medio de transporte cuenta con los siguientes elementos:  |    |    |               |
| 2 - Derivaciones | Asistencia médica?  |    |    |               |
| 2 - Derivaciones | Equipamiento para medicina crítica?   |    |    |               |
| 2 - Derivaciones | Incubadora de transporte?   |    |    |               |
| 2 - Derivaciones | ¿Cuenta con normas activas para la atención inicial y durante el traslado de los principales síndromes agudos graves  |    |    |               |
| 2 - Derivaciones | Escritas?   |    |    |               |
| 2 - Derivaciones | Aprobadas por la Dirección Médica?  |    |    |               |
| 2 - Derivaciones | Disponibles permanentemente?  |    |    |               |
| 2 - Derivaciones | Conocidas por quienes deben aplicarla?  |    |    |               |
| 2 - Derivaciones | ¿Dispone de un listado de efectores de referencia para la derivación de cada uno de dicho síndromes agudos?           |    |    |               |
| 2 - Derivaciones | ¿Cuenta con algún mecanismo de seguimiento y evaluación de la calidad de atención de las derivaciones realizadas?     |    |    |               |



**ESTABLECIMIENTOS POLIVALENTES CON INTERNACIÓN - PLANILLA DE AUTOEVALUACIÓN**

| ESTÁNDAR                  | CRITERIOS   | SI | NO | OBSERVACIONES |
|---------------------------|---|----|----|---------------|
| 2 - Derivaciones          | ¿Dispone en las siguientes áreas de algún mecanismo de derivación a establecimientos de menor complejidad cuando los casos han superado la etapa crítica: |    |    |               |
| 2 - Derivaciones          | Guardia   |    |    |               |
| 2 - Derivaciones          | Internación   |    |    |               |
| 3 - Consultorios Externos | ¿Cuenta con consultorios externos?  |    |    |               |
| 3 - Consultorios Externos | ¿Existe una Historia Clínica o Registro Médico de cada paciente atendido en Consultorios Externos?  |    |    |               |
| 3 - Consultorios Externos | ¿En los registros médicos se consigna como mínimo:  |    |    |               |
| 3 - Consultorios Externos | Fecha?  |    |    |               |
| 3 - Consultorios Externos | Motivo de consulta?   |    |    |               |
| 3 - Consultorios Externos | Estudios solicitados?   |    |    |               |
| 3 - Consultorios Externos | Datos del profesional?  |    |    |               |
| 3 - Consultorios Externos | Firma del profesional?  |    |    |               |
| 3 - Consultorios Externos | Tratamiento propuesto?  |    |    |               |
| 3 - Consultorios Externos | ¿Los registros son computarizados?  |    |    |               |
| 3 - Consultorios Externos | ¿Cuenta con facilidades para el lavado de manos de los profesionales?   |    |    |               |
| 3 - Consultorios Externos | ¿Los lavabos se ubican dentro de los consultorios externos o en su misma área?  |    |    |               |
| 3 - Consultorios Externos | ¿El consultorio destinado a tocoginecología:  |    |    |               |
| 3 - Consultorios Externos | Cuenta con sanitario propio?  |    |    |               |
| 3 - Consultorios Externos | El sanitario: ¿tiene acceso desde el interior del consultorio?  |    |    |               |
| 3 - Consultorios Externos | ¿El diseño arquitectónico de los consultorios asegura la privacidad de la consulta:   |    |    |               |
| 3 - Consultorios Externos | Desde el punto de vista visual?   |    |    |               |
| 3 - Consultorios Externos | Desde el punto de vista auditivo?   |    |    |               |
| 3 - Consultorios Externos | ¿Hay turnos disponibles en el día para las siguientes especialidades?   |    |    |               |
| 3 - Consultorios Externos | Clinica Médica?   |    |    |               |
| 3 - Consultorios Externos | Cirugía General?  |    |    |               |
| 3 - Consultorios Externos | Pediatría?  |    |    |               |
| 3 - Consultorios Externos | Tocoginecología?  |    |    |               |
| 3 - Consultorios Externos | ¿Cuenta con otras especialidades?   |    |    |               |
| 3 - Consultorios Externos | En caso de contar con otras especialidades: ¿el tiempo de espera para las mismas es menor de 8 días?  |    |    |               |
| 3 - Consultorios Externos | ¿Cuenta con los elementos necesarios para efectuar las prácticas especializadas y cirugía ambulatoria?  |    |    |               |
| 3 - Consultorios Externos | ¿El personal de secretaría es exclusivo durante el horario de funcionamiento?   |    |    |               |
| 3 - Consultorios Externos | ¿El personal de enfermería es exclusivo durante el horario de funcionamiento?   |    |    |               |
| 3 - Consultorios Externos | ¿Los turnos están programados en base a pautas fijadas por los profesionales?   |    |    |               |
| 4 - Urgencias             | ¿Cuenta con un Programa de Guardias Activas?  |    |    |               |



**ESTABLECIMIENTOS POLIVALENTES CON INTERNACIÓN - PLANILLA DE AUTOEVALUACIÓN**

| ESTÁNDAR      | CRITERIOS  | SI | NO | OBSERVACIONES |
|---------------|--|----|----|---------------|
| 4 - Urgencias | ¿Las guardias activas están cubiertas por profesionales médicos?                           |    |    |               |
| 4 - Urgencias | ¿El/los locales de urgencias son de uso exclusivo del servicio?                            |    |    |               |
| 4 - Urgencias | ¿El local de urgencias cuenta con:   |    |    |               |
| 4 - Urgencias | Camilla?   |    |    |               |
| 4 - Urgencias | Lavabo?  |    |    |               |
| 4 - Urgencias | Instrumental para examen físico, suturas y curaciones?                                     |    |    |               |
| 4 - Urgencias | Medicamentos para emergencias?   |    |    |               |
| 4 - Urgencias | ¿El servicio cuenta con apoyo de personal de enfermería exclusivo del área?                |    |    |               |
| 4 - Urgencias | ¿Dispone de un registro de consultas donde consten los siguientes datos?                   |    |    |               |
| 4 - Urgencias | Diagnóstico o motivo de consulta?  |    |    |               |
| 4 - Urgencias | Fecha?   |    |    |               |
| 4 - Urgencias | Hora?  |    |    |               |
| 4 - Urgencias | Tratamiento y/o indicaciones?  |    |    |               |
| 4 - Urgencias | Firma del profesional?   |    |    |               |
| 4 - Urgencias | ¿Dispone de Unidad de Reanimación?   |    |    |               |
| 4 - Urgencias | ¿La Unidad cuenta con:   |    |    |               |
| 4 - Urgencias | Monitor?   |    |    |               |
| 4 - Urgencias | Sincronizador-Desfibrilador?   |    |    |               |
| 4 - Urgencias | Electrocardiógrafo?  |    |    |               |
| 4 - Urgencias | Respirador Mecánico?   |    |    |               |
| 4 - Urgencias | Oxígeno y Aspiración?  |    |    |               |
| 4 - Urgencias | Carro de paro con:   |    |    |               |
| 4 - Urgencias | Tubos endotraqueales?  |    |    |               |
| 4 - Urgencias | Laringoscopio?   |    |    |               |
| 4 - Urgencias | Bolsa con máscara para oxígeno?  |    |    |               |
| 4 - Urgencias | Medicamentos?  |    |    |               |
| 4 - Urgencias | Material descartable?  |    |    |               |
| 4 - Urgencias | ¿Los profesionales de guardia están capacitados para el uso de la Unidad de Reanimación?   |    |    |               |
| 4 - Urgencias | ¿Cuenta con equipos de oxigenoterapia y de aspiración (individuales móviles o central) en: |    |    |               |
| 4 - Urgencias | Internación General?   |    |    |               |
| 4 - Urgencias | Guardia?   |    |    |               |
| 4 - Urgencias | <i>En las siguientes especialidades: ¿cuenta con Guardia Pasiva:</i>                       |    |    |               |
| 4 - Urgencias | <i>Clínica Médica?</i>   |    |    |               |
| 4 - Urgencias | <i>Cirugía General?</i>  |    |    |               |



**ESTABLECIMIENTOS POLIVALENTES CON INTERNACIÓN - PLANILLA DE AUTOEVALUACIÓN**

| ESTÁNDAR              | CRITERIOS  | SI | NO | OBSERVACIONES |
|-----------------------|--|----|----|---------------|
| 4 - Urgencias         | <i>Tocoginecología?</i>  |    |    |               |
| 4 - Urgencias         | <i>Pediatría?</i>  |    |    |               |
| 4 - Urgencias         | <i>¿Al menos en tres de dichas especialidades cuenta con Guardia Activa?</i>   |    |    |               |
| 4 - Urgencias         | <i>¿Cuenta con por lo menos dos especialidades más en guardia pasiva las 24 horas?</i>   |    |    |               |
| 4 - Urgencias         | <i>En este último caso: ¿tiene acceso al equipamiento del servicio correspondiente?</i>  |    |    |               |
| 4 - Urgencias         | <i>¿Dispone de un sistema de comunicación inmediata entre los diferentes servicios y la guardia?</i>   |    |    |               |
| 5 - Cuidados Críticos | <i>¿ Cuenta con un Servicio de Cuidados Críticos?</i>  |    |    |               |
| 5 - Cuidados Críticos | El servicio ¿ Cuenta con:  |    |    |               |
| 5 - Cuidados Críticos | Un monitor cada dos camas?   |    |    |               |
| 5 - Cuidados Críticos | Dos electrocardiógrafos en el servicio?  |    |    |               |
| 5 - Cuidados Críticos | Carro de paro con  |    |    |               |
| 5 - Cuidados Críticos | Laringoscopio?   |    |    |               |
| 5 - Cuidados Críticos | Tubos endotraqueales?  |    |    |               |
| 5 - Cuidados Críticos | Medicamentos?  |    |    |               |
| 5 - Cuidados Críticos | Descartables?  |    |    |               |
| 5 - Cuidados Críticos | Marcapasos cardíaco externo transitorio?   |    |    |               |
| 5 - Cuidados Críticos | Un respirados volumétrico cada cuatro camas y no menos de dos en la unidad?  |    |    |               |
| 5 - Cuidados Críticos | Oxígeno central?   |    |    |               |
| 5 - Cuidados Críticos | Aire comprimido central?   |    |    |               |
| 5 - Cuidados Críticos | Aspiración central?  |    |    |               |
| 5 - Cuidados Críticos | Equipo para gases en sangre e ionograma?   |    |    |               |
| 5 - Cuidados Críticos | <i>¿ Los artefactos de oxígeno, aire comprimido y aspiración central cuentan con elementos de control y seguridad?</i>   |    |    |               |
| 5 - Cuidados Críticos | <i>¿ Se registran en la HC (MUESTRA 1):</i>  |    |    |               |
| 5 - Cuidados Críticos | <i>Los procedimientos de enfermería (signos vitales, balance hidrosalino, etc.)?</i>   |    |    |               |
| 5 - Cuidados Críticos | <i>La evolución diaria del paciente?</i>   |    |    |               |
| 5 - Cuidados Críticos | <i>Monitoreo electrocardiográfico?</i>   |    |    |               |
| 5 - Cuidados Críticos | <i>Monitoreo de asistencia respiratoria mecánica con registro de gases en sangre?</i>  |    |    |               |
| 5 - Cuidados Críticos | <i>Resultados de los análisis de laboratorio?</i>  |    |    |               |
| 5 - Cuidados Críticos | <i>¿ Cuenta con los medios o mecanismos que posibiliten el traslado de paciente a instituciones con UTI de mayor complejidad (Nivel 3 de la Sociedad Argentina de Terapia Intensiva) aquellos casos que superen su capacidad resolutive?</i> |    |    |               |
| 5 - Cuidados Críticos | <i>¿ Cuenta con un profesional médico responsable del Servicio?</i>  |    |    |               |
| 5 - Cuidados Críticos | <i>¿ El responsable tiene título de especialista en terapia intensiva o cuidados críticos?</i>   |    |    |               |
| 5 - Cuidados Críticos | <i>¿ Cuentan con Entrenamiento en Medicina Crítica</i>   |    |    |               |
| 5 - Cuidados Críticos | <i>El Responsable Médico?</i>  |    |    |               |



**ESTABLECIMIENTOS POLIVALENTES CON INTERNACIÓN - PLANILLA DE AUTOEVALUACIÓN**

| ESTÁNDAR              | CRITERIOS  | SI | NO | OBSERVACIONES |
|-----------------------|--|----|----|---------------|
| 5 – Cuidados Críticos | Los Médicos de Guardia?  |    |    |               |
| 5 – Cuidados Críticos | El personal de Enfermería?   |    |    |               |
| 5 – Cuidados Críticos | ¿Cuenta con profesionales exclusivos para el área durante las 24 hs:                                       |    |    |               |
| 5 – Cuidados Críticos | Médicos?   |    |    |               |
| 5 – Cuidados Críticos | Enfermeras?  |    |    |               |
| 5 – Cuidados Críticos | ¿Posee guardia activa cubiertas al menos por técnicos en:  |    |    |               |
| 5 – Cuidados Críticos | Laboratorio?   |    |    |               |
| 5 – Cuidados Críticos | Radiología?  |    |    |               |
| 5 – Cuidados Críticos | Hemoterapia?   |    |    |               |
| 5 – Cuidados Críticos | ¿ La totalidad del personal de enfermería cuenta con título de enfermero o auxiliar de enfermería?         |    |    |               |
| 5 – Cuidados Críticos | ¿Cuenta con normas activas, médicas y de enfermería, para la realización de los siguientes procedimientos: |    |    |               |
| 5 – Cuidados Críticos | Monitoreo continuo de electrocardiograma?  |    |    |               |
| 5 – Cuidados Críticos | Asistencia del paro cardiorrespiratorio?   |    |    |               |
| 5 – Cuidados Críticos | Colocación del marcapaso cardíaco externo transitorio?   |    |    |               |
| 5 – Cuidados Críticos | Asistencia respiratoria mecánica?  |    |    |               |
| 5 – Cuidados Críticos | Control del estado ácido base e ionograma?   |    |    |               |
| 5 – Cuidados Críticos | ¿Estas normas están:   |    |    |               |
| 5 – Cuidados Críticos | Escritas?  |    |    |               |
| 5 – Cuidados Críticos | Aprobadas por la Dirección Médica?   |    |    |               |
| 5 – Cuidados Críticos | Disponibles permanentemente?   |    |    |               |
| 5 – Cuidados Críticos | Conocidas por quienes deben aplicarla?   |    |    |               |
| 5 – Cuidados Críticos | ¿Es posible visualizar al paciente desde la estación central en forma continua?                            |    |    |               |
| 5 – Cuidados Críticos | ¿Las camas tienen acceso amplio por tres de sus lados y cabecera rebatible?                                |    |    |               |
| 5 – Cuidados Críticos | ¿Cuenta con un área específica y diferenciada para el almacenamiento y prelavado de instrumentos?          |    |    |               |
| 5 – Cuidados Críticos | ¿Tiene normas activas sobre:   |    |    |               |
| 5 – Cuidados Críticos | Almacenamiento y circulación diferenciada del material sucio y desechos?                                   |    |    |               |
| 5 – Cuidados Críticos | Manejo del material estéril?   |    |    |               |
| 5 – Cuidados Críticos | ¿Estas normas están:   |    |    |               |
| 5 – Cuidados Críticos | Escritas?  |    |    |               |
| 5 – Cuidados Críticos | Aprobadas por la Dirección Médica?   |    |    |               |
| 5 – Cuidados Críticos | Disponibles permanentemente?   |    |    |               |
| 5 – Cuidados Críticos | Conocidas por quienes deben aplicarla?   |    |    |               |
| 5 – Cuidados Críticos | ¿Cuenta con posibilidades para el lavado de manos del personal de atención de pacientes?                   |    |    |               |
| 5 – Cuidados Críticos | ¿Se llevan los siguientes registros:   |    |    |               |
| 5 – Cuidados Críticos | Diagnóstico de ingreso?  |    |    |               |



**ESTABLECIMIENTOS POLIVALENTES CON INTERNACIÓN - PLANILLA DE AUTOEVALUACIÓN**

| ESTÁNDAR                     | CRITERIOS  | SI | NO | OBSERVACIONES |
|------------------------------|--|----|----|---------------|
| 5 – Cuidados Críticos        | Diagnóstico de egreso?   |    |    |               |
| 5 – Cuidados Críticos        | Fecha de ingreso y egreso?   |    |    |               |
| 5 – Cuidados Críticos        | Tiempo promedio de internación de los pacientes?   |    |    |               |
| 5 – Cuidados Críticos        | Índice ocupacional?  |    |    |               |
| 5 – Cuidados Críticos        | Score de gravedad al ingreso (APACHE o similar)?   |    |    |               |
| 5 – Cuidados Críticos        | Derivación de pacientes?   |    |    |               |
| <i>5 – Cuidados Críticos</i> | <i>Score TISS?</i>   |    |    |               |
| <i>5 – Cuidados Críticos</i> | <i>¿Cuenta con una Unidad de Terapia Intensiva capaz de recibir y manejar pacientes críticos de cualquier nivel de riesgo?</i>   |    |    |               |
| <i>5 – Cuidados Críticos</i> | <i>¿Desarrolla programas de educación continua para el personal?</i>   |    |    |               |
| 6 – Neonatología             | ¿Posee un Servicio de Neonatología?  |    |    |               |
| 6 – Neonatología             | ¿Posee locales exclusivamente destinados a ese fin?  |    |    |               |
| 6 – Neonatología             | ¿Resuelve la patología neonatal más frecuente (anoxia neonatal, reanimación en sala de partos, síndromes de dificultad respiratoria, bajo peso al nacer, pretérmino) derivada de su maternidad o del exterior? |    |    |               |
| 6 – Neonatología             | ¿Cuenta con Programa de Guardias Activas de técnicos de:   |    |    |               |
| 6 – Neonatología             | Laboratorio?   |    |    |               |
| 6 – Neonatología             | Radiología?  |    |    |               |
| 6 – Neonatología             | Hemoterapia?   |    |    |               |
| 6 – Neonatología             | ¿Cuenta con un profesional médico responsable del Servicio?  |    |    |               |
| 6 – Neonatología             | ¿El profesional a cargo del Servicio cuenta con:   |    |    |               |
| 6 – Neonatología             | Título de Especialista en Neonatología?  |    |    |               |
| 6 – Neonatología             | Experiencia mínima de tres años en la especialidad?  |    |    |               |
| 6 – Neonatología             | Dedicación full time?  |    |    |               |
| 6 – Neonatología             | ¿El Servicio cuenta con:   |    |    |               |
| 6 – Neonatología             | Un médico de planta cada 6 camas?  |    |    |               |
| 6 – Neonatología             | Un médico de guardia activa cada 6 camas?  |    |    |               |
| 6 – Neonatología             | Un médico de guardia pasiva?   |    |    |               |
| 6 – Neonatología             | Una enfermera cada dos camas, por turno, en UTI con Asistencia Respiratoria Mecánica?  |    |    |               |
| 6 – Neonatología             | Una enfermera cada cuatro camas, por turno, en UTI sin Asistencia Respiratoria Mecánica?   |    |    |               |
| 6 – Neonatología             | Una enfermera cada cuatro camas, por turno, en UCI?  |    |    |               |
| 6 – Neonatología             | Una enfermera cada seis camas, por turno, en UCM?  |    |    |               |
| 6 – Neonatología             | ¿Todo el personal es exclusivo del Servicio?   |    |    |               |
| 6 – Neonatología             | ¿Dispone de normas activas sobre:  |    |    |               |
| 6 – Neonatología             | Bioseguridad?  |    |    |               |



**ESTABLECIMIENTOS POLIVALENTES CON INTERNACIÓN - PLANILLA DE AUTOEVALUACIÓN**

| ESTÁNDAR         | CRITERIOS  | SI | NO | OBSERVACIONES |
|------------------|--|----|----|---------------|
| 6 - Neonatología | Tratamientos más frecuentes?   |    |    |               |
| 6 - Neonatología | Profilaxis antibiótica?  |    |    |               |
| 6 - Neonatología | ¿Estas normas están:   |    |    |               |
| 6 - Neonatología | Escritas?  |    |    |               |
| 6 - Neonatología | Aprobadas por la Dirección Médica?   |    |    |               |
| 6 - Neonatología | Disponibles permanentemente?   |    |    |               |
| 6 - Neonatología | Conocidas por quienes deben aplicarla?   |    |    |               |
| 6 - Neonatología | ¿Cuenta con distintos niveles de cuidados?   |    |    |               |
| 6 - Neonatología | Unidad de Terapia Intensiva (sector de máxima complejidad)?  |    |    |               |
| 6 - Neonatología | Unidad de Cuidados Intermedios (sector de RN con necesidades de frecuente observación o de intervenciones especiales)? |    |    |               |
| 6 - Neonatología | Unidad de Cuidados Mínimos (sector para egresados de UTI o UCI)?   |    |    |               |
| 6 - Neonatología | ¿Cuenta con normas para la derivación de las patologías que no se halla en posibilidad de solucionar:                  |    |    |               |
| 6 - Neonatología | Estas normas contienen criterios acerca de:  |    |    |               |
| 6 - Neonatología | Cómo se tramita una derivación?  |    |    |               |
| 6 - Neonatología | Quién la puede solicitar?  |    |    |               |
| 6 - Neonatología | Quién la autoriza?   |    |    |               |
| 6 - Neonatología | Centros de referencia por especialidad?  |    |    |               |
| 6 - Neonatología | Medios de traslados?   |    |    |               |
| 6 - Neonatología | Documentación que debe acompañar al paciente?  |    |    |               |
| 6 - Neonatología | Medios de comunicación permanente (TE, fax, etc.)?   |    |    |               |
| 6 - Neonatología | ¿Estas normas están:   |    |    |               |
| 6 - Neonatología | Escritas?  |    |    |               |
| 6 - Neonatología | Aprobadas por la Dirección Médica?   |    |    |               |
| 6 - Neonatología | Disponibles permanentemente?   |    |    |               |
| 6 - Neonatología | Conocidas por quienes deben aplicarla?   |    |    |               |
| 6 - Neonatología | ¿Se encuentra emplazado:   |    |    |               |
| 6 - Neonatología | En un área de circulación semirrestringida?  |    |    |               |
| 6 - Neonatología | Vecina o contigua al área obstétrica o de la sala de partos o de los quirófanos?                                       |    |    |               |
| 6 - Neonatología | En cada uno de los niveles de cuidado: ¿cuenta con el equipamiento correspondiente a:                                  |    |    |               |
| 6 - Neonatología | <b>Unidad de Terapia Intensiva:</b>  |    |    |               |
| 6 - Neonatología | ¿Una servocuna abierta para recién nacido mayor de 1.500 g. por cada puesto?   |    |    |               |
| 6 - Neonatología | ¿Una servocuna cerrada para recién nacido menor de 1.500 g por cada puesto?  |    |    |               |
| 6 - Neonatología | ¿Un TCPO2, un Saturómetro, un Tensiómetro y un Oscilómetro cada dos camas?   |    |    |               |
| 6 - Neonatología | ¿Una Bomba de Infusión y Monitor (FC, FR Y ECG) por cama?  |    |    |               |



**ESTABLECIMIENTOS POLIVALENTES CON INTERNACIÓN - PLANILLA DE AUTOEVALUACIÓN**

| ESTÁNDAR         | CRITERIOS  | SI | NO | OBSERVACIONES |
|------------------|--|----|----|---------------|
| 6 - Neonatología | ¿Un Respirador cada cuatro camas y dos o más en el Servicio?   |    |    |               |
| 6 - Neonatología | ¿Una Bomba de aspiración de vacío?   |    |    |               |
| 6 - Neonatología | ¿Oxígeno, aire comprimido y aspiración central, con elementos de control y seguridad?  |    |    |               |
| 6 - Neonatología | ¿Dos Flujiómetros de oxígeno por cama?   |    |    |               |
| 6 - Neonatología | ¿Un Flujiómetro de aire comprimido por cama?   |    |    |               |
| 6 - Neonatología | ¿Un Manómetro con Ambú o similar?  |    |    |               |
| 6 - Neonatología | ¿Un Aspirador regulable por cama?  |    |    |               |
| 6 - Neonatología | <b>Unidad de Cuidados Intermedios</b> (para RN con necesidades de frecuente observación o de intervenciones especiales)          |    |    |               |
| 6 - Neonatología | ¿Una incubadora de circuito cerrado por puesto?  |    |    |               |
| 6 - Neonatología | ¿Un set de luminoterapia cada dos camas?   |    |    |               |
| 6 - Neonatología | ¿Un Monitor (FC, FR, Apnea), un Pulso, un Saturómetro y un Halo cefálico por cama?   |    |    |               |
| 6 - Neonatología | <b>Unidad de Cuidados Mínimos:</b>   |    |    |               |
| 6 - Neonatología | ¿Una incubadora o cuna por puesto?   |    |    |               |
| 6 - Neonatología | ¿Un Monitor de apneas por cama?  |    |    |               |
| 6 - Neonatología | ¿Un Saturómetro para pacientes con oxígeno por cama?   |    |    |               |
| 6 - Neonatología | ¿Un pediómetro en el servicio?   |    |    |               |
| 6 - Neonatología | ¿Fue construida y organizada bajo criterios epidemiológicos?   |    |    |               |
| 6 - Neonatología | ¿La totalidad del personal de enfermería posee título de enfermero/a auxiliar según las definiciones del estándar de enfermería? |    |    |               |
| 6 - Neonatología | ¿Existen las condiciones como para que se mantenga el vínculo familiar madre-hijo-padre?   |    |    |               |
| 6 - Neonatología | ¿Se arbitran los medios para fomentar la lactancia materna?  |    |    |               |
| 6 - Neonatología | ¿El establecimiento cumple con el Código Internacional de comercialización de sucedáneos de la leche materna?                    |    |    |               |
| 6 - Neonatología | ¿Se registra en la HC ( <b>MUESTRA 7</b> ):  |    |    |               |
| 6 - Neonatología | Evolución de cada paciente, al menos diaria?   |    |    |               |
| 6 - Neonatología | Medidas de soporte vital?  |    |    |               |
| 6 - Neonatología | Métodos de monitoreo efectuado?  |    |    |               |
| 6 - Neonatología | Uso de scores de gravedad al ingreso?  |    |    |               |
| 6 - Neonatología | Características de la reanimación y del transporte en casos en que fuere necesario?  |    |    |               |
| 6 - Neonatología | Condiciones de Egreso?   |    |    |               |
| 6 - Neonatología | <b>Procedimientos y observaciones de enfermería:</b>   |    |    |               |
| 6 - Neonatología | Signos vitales?  |    |    |               |
| 6 - Neonatología | Parámetros de asistencia respiratoria mecánica?  |    |    |               |
| 6 - Neonatología | Indicaciones cumplidas?  |    |    |               |



**ESTABLECIMIENTOS POLIVALENTES CON INTERNACIÓN - PLANILLA DE AUTOEVALUACIÓN**

| ESTÁNDAR         | CRITERIOS  | SI | NO | OBSERVACIONES |
|------------------|--|----|----|---------------|
| 6 - Neonatología | Dosis, frecuencias y todo otro dato importante para el seguimiento posterior?  |    |    |               |
| 6 - Neonatología | Diagnóstico de Ingreso?  |    |    |               |
| 6 - Neonatología | Diagnóstico de Egreso?   |    |    |               |
| 6 - Neonatología | En caso de fallecimiento:  |    |    |               |
| 6 - Neonatología | Evolución detallada de las últimas 24 hs?  |    |    |               |
| 6 - Neonatología | Procedimientos de reanimación involucrados?  |    |    |               |
| 6 - Neonatología | Presuntas causas y desencadenantes del fallecimiento?  |    |    |               |
| 6 - Neonatología | Información a los padres?  |    |    |               |
| 6 - Neonatología | Consentimiento paterno en el caso de estudios potencialmente peligrosos?   |    |    |               |
| 6 - Neonatología | Firma del responsable del caso?  |    |    |               |
| 7 - Quirófano    | ¿EL/los quirófanos cuentan con:  |    |    |               |
| 7 - Quirófano    | Espacio con mesadas móviles para trabajos de enfermería?   |    |    |               |
| 7 - Quirófano    | Área de trabajo de enfermería sectorizado en LIMPIO (para elementos limpios y esterilizados) y USADO (para elementos utilizados)?  |    |    |               |
| 7 - Quirófano    | Vestuario al ingreso de profesionales y auxiliares con zona de transferencia hacia el área restringida?  |    |    |               |
| 7 - Quirófano    | Lavamanos para cirujanos que cuenten con:  |    |    |               |
| 7 - Quirófano    | Dispositivos dispensadores de jabón y antisépticos que permiten su manejo sin utilización de las manos?  |    |    |               |
| 7 - Quirófano    | Canillas que permiten su manejo sin utilización de las manos?  |    |    |               |
| 7 - Quirófano    | ¿El área de quirófanos es de circulación restringida, exclusiva para el personal del servicio, y los quirófanos se vinculan entre si de modo que el personal no necesita salir de ella para pasar de uno a otro? |    |    |               |
| 7 - Quirófano    | ¿Existen normas activas de preparación y/o conservación de las piezas quirúrgicas  |    |    |               |
| 7 - Quirófano    | Estas normas ¿incluyen:  |    |    |               |
| 7 - Quirófano    | Identificación y rotulación de muestras?   |    |    |               |
| 7 - Quirófano    | Conservación de muestras y/o piezas?   |    |    |               |
| 7 - Quirófano    | ¿Estas normas están:   |    |    |               |
| 7 - Quirófano    | Escritas?  |    |    |               |
| 7 - Quirófano    | Aprobadas por la Dirección Médica?   |    |    |               |
| 7 - Quirófano    | Disponibles permanentemente?   |    |    |               |
| 7 - Quirófano    | Conocidas por quienes deben aplicarla?   |    |    |               |
| 7 - Quirófano    | ¿Se dispone de los materiales necesarios para la preparación y/o fijación de las piezas quirúrgicas?   |    |    |               |
| 7 - Quirófano    | ¿Todas las cirugías tienen:  |    |    |               |
| 7 - Quirófano    | Protocolo Quirúrgico?  |    |    |               |
| 7 - Quirófano    | Protocolo Anestésico?  |    |    |               |
| 7 - Quirófano    | ¿Existen normas activas de procedimientos para la desinfección y limpieza de quirófano entre operaciones   |    |    |               |



**ESTABLECIMIENTOS POLIVALENTES CON INTERNACIÓN - PLANILLA DE AUTOEVALUACIÓN**

| ESTÁNDAR           | CRITERIOS  | SI | NO | OBSERVACIONES |
|--------------------|--|----|----|---------------|
| 7 - Quirófano      | Escritas?  |    |    |               |
| 7 - Quirófano      | Aprobadas por la Dirección Médica?   |    |    |               |
| 7 - Quirófano      | Disponibles permanentemente?   |    |    |               |
| 7 - Quirófano      | Conocidas por quienes deben aplicarla?   |    |    |               |
| 7 - Quirófano      | ¿Cuenta con:   |    |    |               |
| 7 - Quirófano      | Una enfermera responsable?   |    |    |               |
| 7 - Quirófano      | Destinada exclusivamente al área quirúrgica?   |    |    |               |
| 7 - Quirófano      | ¿Cuenta con un profesional médico que coordina el área quirúrgica?   |    |    |               |
| 7 - Quirófano      | ¿Cuenta con un local destinado a la recuperación anestésica con equipamiento y personal propio?                            |    |    |               |
| 7 - Quirófano      | ¿Cuenta con un área de transferencia para pacientes?   |    |    |               |
| 7 - Quirófano      | ¿Los quirófanos están diferenciados y equipados por especialidades?  |    |    |               |
| 7 - Quirófano      | ¿Cuenta con horas de quirófano disponibles en forma permanente para eventuales urgencias?                                  |    |    |               |
| 8 - Anestesiología | ¿El área quirúrgica o el área administrativa cuenta con:   |    |    |               |
| 8 - Anestesiología | un listado de profesionales especialistas?   |    |    |               |
| 8 - Anestesiología | en el cual figuran los respectivos medios de comunicación?   |    |    |               |
| 8 - Anestesiología | ¿Cuentan los profesionales con capacitación específica?  |    |    |               |
| 8 - Anestesiología | ¿Se realizan evaluaciones preanestésicas previas a la entrada del paciente al quirófano?                                   |    |    |               |
| 8 - Anestesiología | ¿Cuenta con un servicio de Anestesiología?   |    |    |               |
| 8 - Anestesiología | ¿El Servicio de Anestesiología se halla a cargo de un responsable médico?  |    |    |               |
| 8 - Anestesiología | ¿El Responsable del servicio de anestesiología coordina:   |    |    |               |
| 8 - Anestesiología | Las actividades del servicio   |    |    |               |
| 8 - Anestesiología | Las guardias   |    |    |               |
| 8 - Anestesiología | El área de recuperación anestésica en caso de existir  |    |    |               |
| 8 - Anestesiología | ¿Las guardias son cubiertas en forma activa por anestesiólogos y médicos residentes de la especialidad?                    |    |    |               |
| 8 - Anestesiología | ¿El Servicio cumple con las siguientes normas?   |    |    |               |
| 8 - Anestesiología | IRAM-FAAA AB 37208 (dlc. 1992), CDU 615.471:616-089.5* CNA 6515 "Equipamiento de anestesia en quirófanos y salas de parto" |    |    |               |
| 8 - Anestesiología | IRAM-FAAA AB 37201. Anestesiología. Vocabulario.   |    |    |               |
| 8 - Anestesiología | IRAM-FAAA AB 37202. Máquina de Anestesia.  |    |    |               |
| 8 - Anestesiología | IRAM-FAAA AB 37203. Bolsa reservorio para anestesia.   |    |    |               |
| 9 - Laboratorio    | ¿Cuenta con un laboratorio de Análisis Clínicos que:   |    |    |               |
| 9 - Laboratorio    | Es propio?   |    |    |               |
| 9 - Laboratorio    | Es tercerizado?  |    |    |               |



**ESTABLECIMIENTOS POLIVALENTES CON INTERNACIÓN - PLANILLA DE AUTOEVALUACIÓN**

| ESTÁNDAR        | CRITERIOS   | SI | NO | OBSERVACIONES |
|-----------------|---|----|----|---------------|
| 9 - Laboratorio | En caso de ser tercerizado: ¿existe una relación formal entre el responsable del laboratorio y el establecimiento asistencial (contrato de cualquier tipo, alquiler, locación de servicios, facturación regular, etc.)? |    |    |               |
| 9 - Laboratorio | ¿Es parte del mismo edificio?   |    |    |               |
| 9 - Laboratorio | En caso de que no sea parte del mismo edificio: ¿se encuentra a una distancia no mayor de 300 ms.. o 3 minutos a pie?   |    |    |               |
| 9 - Laboratorio | ¿Constituye una unidad funcional con el establecimiento asistencial?  |    |    |               |
| 9 - Laboratorio | ¿Posee disponibilidad de atención las 24 hs. los 365 días del año?  |    |    |               |
| 9 - Laboratorio | ¿Tiene un Programa de Guardias Activas (profesionales y/o técnicos)   |    |    |               |
| 9 - Laboratorio | ¿Tiene un Programa de Guardias Pasivas (profesionales y/o técnicos)   |    |    |               |
| 9 - Laboratorio | En caso de poseer guardias pasivas: ¿cuenta con un listado de profesionales con sus respectivos medios de comunicación?   |    |    |               |
| 9 - Laboratorio | ¿Procesa sin delegar los siguientes análisis:   |    |    |               |
| 9 - Laboratorio | Ag.Au.?   |    |    |               |
| 9 - Laboratorio | Amilasemia?   |    |    |               |
| 9 - Laboratorio | Baciloscopia directa?   |    |    |               |
| 9 - Laboratorio | Bacteroscopia?  |    |    |               |
| 9 - Laboratorio | Bilirrubinemia?   |    |    |               |
| 9 - Laboratorio | Calcemia?   |    |    |               |
| 9 - Laboratorio | Colesterolemia?   |    |    |               |
| 9 - Laboratorio | CPK?  |    |    |               |
| 9 - Laboratorio | Creatininemia?  |    |    |               |
| 9 - Laboratorio | Eritrosedimentación?  |    |    |               |
| 9 - Laboratorio | Examen físico-químico de líquidos de punción?   |    |    |               |
| 9 - Laboratorio | Exámenes bacteriológicos?   |    |    |               |
| 9 - Laboratorio | Fosfatasemia ácida?   |    |    |               |
| 9 - Laboratorio | Fosfatasemia alcalina?  |    |    |               |
| 9 - Laboratorio | Fracción prostática?  |    |    |               |
| 9 - Laboratorio | Glucemia?   |    |    |               |
| 9 - Laboratorio | GOT?  |    |    |               |
| 9 - Laboratorio | GPT?  |    |    |               |
| 9 - Laboratorio | Grupo Sanguíneo?  |    |    |               |
| 9 - Laboratorio | Hemograma?  |    |    |               |
| 9 - Laboratorio | H.I.V.?   |    |    |               |
| 9 - Laboratorio | Ionograma en sangre y orina?  |    |    |               |



**ESTABLECIMIENTOS POLIVALENTES CON INTERNACIÓN - PLANILLA DE AUTOEVALUACIÓN**

| ESTÁNDAR        | CRITERIOS   | SI | NO | OBSERVACIONES |
|-----------------|---|----|----|---------------|
| 9 - Laboratorio | KPTT?   |    |    |               |
| 9 - Laboratorio | LDH?  |    |    |               |
| 9 - Laboratorio | Machado Guerreiro?  |    |    |               |
| 9 - Laboratorio | Orina Completa?   |    |    |               |
| 9 - Laboratorio | Parasitológico de Materia Fecal?  |    |    |               |
| 9 - Laboratorio | Porcentaje de protrombina?  |    |    |               |
| 9 - Laboratorio | Proteína C. Reactiva?   |    |    |               |
| 9 - Laboratorio | Proteinograma?  |    |    |               |
| 9 - Laboratorio | Recuento de Addis?  |    |    |               |
| 9 - Laboratorio | Recuento de plaquetas?  |    |    |               |
| 9 - Laboratorio | RH?   |    |    |               |
| 9 - Laboratorio | Sangre Oculta en Materia Fecal?   |    |    |               |
| 9 - Laboratorio | Test de embarazo?   |    |    |               |
| 9 - Laboratorio | Test de Graham?   |    |    |               |
| 9 - Laboratorio | Tiempo de coagulación y sangría?  |    |    |               |
| 9 - Laboratorio | Trigliceridemia?  |    |    |               |
| 9 - Laboratorio | Uremia?   |    |    |               |
| 9 - Laboratorio | Uricemia?   |    |    |               |
| 9 - Laboratorio | VDRL?   |    |    |               |
| 9 - Laboratorio | Las técnicas utilizadas ¿son las consideradas "trazadoras" por consenso científico y entre ellas: |    |    |               |
| 9 - Laboratorio | Enzimáticas para glucosa?   |    |    |               |
| 9 - Laboratorio | Enzimáticas para triglicéridos?   |    |    |               |
| 9 - Laboratorio | Cinemáticas por ultravioleta para CPK?  |    |    |               |
| 9 - Laboratorio | Cinemáticas por ultravioleta para LDH?  |    |    |               |
| 9 - Laboratorio | ¿Los juegos reactivos o kits comerciales se encuentran dentro del plazo de vencimiento?           |    |    |               |
| 9 - Laboratorio | ¿Cuenta con el siguiente equipamiento:  |    |    |               |
| 9 - Laboratorio | Centrífuga para microhematocrito?   |    |    |               |
| 9 - Laboratorio | Fotómetro o espectrómetro para utilizar en el espectro ultravioleta desde 200 nm (nanómetros)?    |    |    |               |
| 9 - Laboratorio | Microscopio binocular con objetivos 10,40 y 100 x.?   |    |    |               |
| 9 - Laboratorio | Cronómetro con precisión de 1/10 de segundo?  |    |    |               |
| 9 - Laboratorio | ¿Posee normas activas de bioseguridad:  |    |    |               |
| 9 - Laboratorio | Escritas?   |    |    |               |
| 9 - Laboratorio | Aprobadas por la Dirección Médica?  |    |    |               |
| 9 - Laboratorio | Disponibles permanentemente?  |    |    |               |



**ESTABLECIMIENTOS POLIVALENTES CON INTERNACIÓN - PLANILLA DE AUTOEVALUACIÓN**

| ESTÁNDAR                    | CRITERIOS   | SI | NO | OBSERVACIONES |
|-----------------------------|---|----|----|---------------|
| 9 - Laboratorio             | Conocidas por quienes deben aplicarla?  |    |    |               |
| 9 - Laboratorio             | Que especifiquen:   |    |    |               |
| 9 - Laboratorio             | Extracción de sangre con agujas y jeringas descartables?  |    |    |               |
| 9 - Laboratorio             | Uso de guantes para manipulación de muestras y lavado de materiales con uso de guantes?   |    |    |               |
| 9 - Laboratorio             | Uso de pipetas automáticas?   |    |    |               |
| 9 - Laboratorio             | La limpieza de materiales e instalaciones en base a lavandina en concentración de 5 a 10% recientemente preparada?  |    |    |               |
| 9 - Laboratorio             | La esterilización del material de vidrio?   |    |    |               |
| 9 - Laboratorio             | ¿Se entregan instrucciones impresas para la preparación de los pacientes?   |    |    |               |
| 9 - Laboratorio             | ¿Las instrucciones para pacientes contienen los siguientes datos:   |    |    |               |
| 9 - Laboratorio             | Denominación del laboratorio?   |    |    |               |
| 9 - Laboratorio             | Domicilio?  |    |    |               |
| 9 - Laboratorio             | Horarios de atención al público?  |    |    |               |
| 9 - Laboratorio             | Medios de comunicación?   |    |    |               |
| 9 - Laboratorio             | ¿Realiza controles de calidad internos?   |    |    |               |
| 9 - Laboratorio             | ¿Participa sistemáticamente de un Programa Externo de Control de Calidad?   |    |    |               |
| 9 - Laboratorio             | ¿Existen mecanismos formales de capacitación entre los responsables y profesionales del servicio y los profesionales asistenciales en los que se discuten los casos elegidos o problemáticos? |    |    |               |
| 9 - Laboratorio             | ¿Los turnos para estudios ambulatorios programados se otorgan dentro de los 3 días de solicitados?  |    |    |               |
| 9 - Laboratorio             | ¿Los Informes de estudios ambulatorios programados se entregan dentro de los 2 días de efectuados?  |    |    |               |
| 9 - Laboratorio             | ¿Posee normas activas de procedimiento que aseguren la confiabilidad de los resultados estableciendo mecanismos de control?   |    |    |               |
| 9 - Laboratorio             | ¿Estas normas están:  |    |    |               |
| 9 - Laboratorio             | Escritas?   |    |    |               |
| 9 - Laboratorio             | Aprobadas por la Dirección Médica?  |    |    |               |
| 9 - Laboratorio             | Disponibles permanentemente?  |    |    |               |
| 9 - Laboratorio             | Conocidas por quienes deben aplicarla?  |    |    |               |
| 9 - Laboratorio             | ¿Existe un sistema de comunicación con las áreas asistenciales?   |    |    |               |
| 10 – Radiología y Ecografía | ¿Brinda prestaciones de:  |    |    |               |
| 10 – Radiología y Ecografía | Radiología simple?  |    |    |               |
| 10 – Radiología y Ecografía | Radiología contrastada?   |    |    |               |
| 10 – Radiología y Ecografía | Ecografía?  |    |    |               |
| 10 – Radiología y Ecografía | ¿Cuenta con el siguiente equipamiento mínimo:   |    |    |               |

**ESTABLECIMIENTOS POLIVALENTES CON INTERNACIÓN - PLANILLA DE AUTOEVALUACIÓN**

| ESTÁNDAR                    | CRITERIOS   | SI | NO | OBSERVACIONES |
|-----------------------------|---|----|----|---------------|
| 10 – Radiología y Ecografía | Un equipo radiológico fijo con, por lo menos, un generador con dos mesas, una de 500 Ma / 100 Kv basculable, Potter Bucky de mesa, seriógrafo, intensificador de imágenes y TV y otra mesa de 200 Ma / 100 Kv con Potter Bucky de mesa y mural? |    |    |               |
| 10 – Radiología y Ecografía | Un equipo radiológico portátil para su uso en piso, quirófano y/o UTI?  |    |    |               |
| 10 – Radiología y Ecografía | Un ecógrafo con:  |    |    |               |
| 10 – Radiología y Ecografía | 128 escalas de grises?  |    |    |               |
| 10 – Radiología y Ecografía | Congelación de imagen?  |    |    |               |
| 10 – Radiología y Ecografía | caliper digital?  |    |    |               |
| 10 – Radiología y Ecografía | sistema de magnificación en pantalla?   |    |    |               |
| 10 – Radiología y Ecografía | transductores de 3 a 10 MHZ?  |    |    |               |
| 10 – Radiología y Ecografía | inscribe nombre del paciente y fecha de estudio en pantalla?  |    |    |               |
| 10 – Radiología y Ecografía | video printer con imagen dividida y regulación de contrastes?   |    |    |               |
| 10 – Radiología y Ecografía | Permite la comparación de imágenes entre el monitor y el video printer?   |    |    |               |
| 10 – Radiología y Ecografía | ¿Los equipos radiológicos tienen una antigüedad de hasta 15 años?   |    |    |               |
| 10 – Radiología y Ecografía | ¿Los equipos ecográficos tienen una antigüedad de hasta 7 años?   |    |    |               |
| 10 – Radiología y Ecografía | ¿Se efectúan servicios de mantenimiento preventivo de los equipos?  |    |    |               |
| 10 – Radiología y Ecografía | ¿Posee como mínimo dos salas de estudios radiológicos?  |    |    |               |
| 10 – Radiología y Ecografía | ¿Una de las salas es de uso exclusivo para ecografía?   |    |    |               |
| 10 – Radiología y Ecografía | ¿Al menos una de las salas:   |    |    |               |
| 10 – Radiología y Ecografía | Cuenta con sanitarios para el paciente?   |    |    |               |
| 10 – Radiología y Ecografía | El sanitario es accesible desde el interior de la sala?   |    |    |               |
| 10 – Radiología y Ecografía | ¿Los profesionales con responsabilidad sobre la realización de estudios y emisión de informes cuentan con:  |    |    |               |
| 10 – Radiología y Ecografía | Título de especialista en Radiología o Diagnóstico por Imágenes?  |    |    |               |
| 10 – Radiología y Ecografía | Certificación del Consejo de Certificación de Profesionales Médicos o similar?  |    |    |               |
| 10 – Radiología y Ecografía | Título de especialista en Ecografía o Diagnóstico por Imágenes?   |    |    |               |
| 10 – Radiología y Ecografía | ¿El personal técnico posee título de Técnico Radiólogo?   |    |    |               |
| 10 – Radiología y Ecografía | ¿Cuenta al menos con un técnico radiólogo disponible las 24 hs?   |    |    |               |
| 10 – Radiología y Ecografía | ¿Los técnicos en guardia pasiva se encuentran, durante la misma, a una distancia del establecimiento no mayor de 60 minutos?  |    |    |               |
| 10 – Radiología y Ecografía | ¿El servicio es tercerizado?  |    |    |               |
| 10 – Radiología y Ecografía | En caso de que el servicio sea tercerizado: ¿posee algún tipo de relación formal con el establecimiento asistencial (nota, acta acuerdo, contrato, facturaciones regulares)?  |    |    |               |
| 10 – Radiología y Ecografía | ¿Se entregan instrucciones impresas a los pacientes ambulatorios para estudios que requieran preparación previa?  |    |    |               |



**ESTABLECIMIENTOS POLIVALENTES CON INTERNACIÓN - PLANILLA DE AUTOEVALUACIÓN**

| ESTÁNDAR                    | CRITERIOS  | SI | NO | OBSERVACIONES |
|-----------------------------|--|----|----|---------------|
| 10 – Radiología y Ecografía | ¿Estas instrucciones contienen los siguientes datos:   |    |    |               |
| 10 – Radiología y Ecografía | Período de ayuno previo?   |    |    |               |
| 10 – Radiología y Ecografía | Dosis y horarios de toma de antiflatulentos?   |    |    |               |
| 10 – Radiología y Ecografía | Antisépticos intestinales?   |    |    |               |
| 10 – Radiología y Ecografía | Sustancias de contraste?   |    |    |               |
| 10 – Radiología y Ecografía | Denominación del servicio?   |    |    |               |
| 10 – Radiología y Ecografía | Domicilio?   |    |    |               |
| 10 – Radiología y Ecografía | Horario de atención al público?  |    |    |               |
| 10 – Radiología y Ecografía | Medios de comunicación?  |    |    |               |
| 10 – Radiología y Ecografía | ¿Cuenta con un sistema de control de calidad de imágenes que implique:                         |    |    |               |
| 10 – Radiología y Ecografía | Registros de las fechas de recambios de líquidos de revelado?                                  |    |    |               |
| 10 – Radiología y Ecografía | Registros de la limpieza de pantallas intensificadoras?  |    |    |               |
| 10 – Radiología y Ecografía | Registros de los servicios de mantenimiento del equipamiento?                                  |    |    |               |
| 10 – Radiología y Ecografía | Normas activas de almacenamiento de placas y otros materiales fotosensibles                    |    |    |               |
| 10 – Radiología y Ecografía | Escritas?  |    |    |               |
| 10 – Radiología y Ecografía | Aprobadas por la Dirección Médica?   |    |    |               |
| 10 – Radiología y Ecografía | Disponibles permanentemente?   |    |    |               |
| 10 – Radiología y Ecografía | Conocidas por quienes deben aplicarla?   |    |    |               |
| 10 – Radiología y Ecografía | ¿Para la prevención y tratamiento de reacciones adversas a los medios de contraste dispone de: |    |    |               |
| 10 – Radiología y Ecografía | Normas activas de procedimientos de trabajo  |    |    |               |
| 10 – Radiología y Ecografía | Escritas?  |    |    |               |
| 10 – Radiología y Ecografía | Aprobadas por la Dirección Médica?   |    |    |               |
| 10 – Radiología y Ecografía | Disponibles permanentemente?   |    |    |               |
| 10 – Radiología y Ecografía | Conocidas por quienes deben aplicarla?   |    |    |               |
| 10 – Radiología y Ecografía | Equipamiento   |    |    |               |
| 10 – Radiología y Ecografía | Laringoscopio?   |    |    |               |
| 10 – Radiología y Ecografía | Cánulas traqueales?  |    |    |               |
| 10 – Radiología y Ecografía | Soluciones electrolíticas intravenosas?  |    |    |               |
| 10 – Radiología y Ecografía | Medicación vasoactiva?   |    |    |               |
| 10 – Radiología y Ecografía | Corticoesteroides?   |    |    |               |
| 10 – Radiología y Ecografía | Antihistamínicos?  |    |    |               |
| 10 – Radiología y Ecografía | Oxígeno?   |    |    |               |
| 10 – Radiología y Ecografía | Material descartable (jeringas, agujas, cánulas, catéteres, etc.)?                             |    |    |               |
| 10 – Radiología y Ecografía | Material de curaciones esterilizado (instrumental, guantes, gasas, antisépticos, etc.)?        |    |    |               |

**ESTABLECIMIENTOS POLIVALENTES CON INTERNACIÓN - PLANILLA DE AUTOEVALUACIÓN**

| ESTÁNDAR                           | CRITERIOS   | SI | NO | OBSERVACIONES |
|------------------------------------|---|----|----|---------------|
| 10 – Radiología y Ecografía        | ¿Existen mecanismos formales (ateneos) a los que concurren los responsables y profesionales del servicio y los profesionales asistenciales en los que se discuten casos elegidos o problemáticos?                   |    |    |               |
| 10 – Radiología y Ecografía        | ¿Cuenta con reveladora automática de placas de las siguientes características:  |    |    |               |
| 10 – Radiología y Ecografía        | Tiene hasta 5 años de antigüedad?   |    |    |               |
| 10 – Radiología y Ecografía        | Tiempo de procesado inferior a 120 segundos?  |    |    |               |
| 10 – Radiología y Ecografía        | Posee bombas de integración para revelador y fijador?   |    |    |               |
| 10 – Radiología y Ecografía        | Termostato automático?  |    |    |               |
| 10 – Radiología y Ecografía        | ¿Existe una norma que indique la necesidad de verificar la corrección del estudio efectuado antes de que el paciente se retire del servicio, por parte del médico radiólogo o, en su defecto, del técnico actuante? |    |    |               |
| 10 – Radiología y Ecografía        | ¿Posee un archivo histórico de informes de los últimos cinco años?  |    |    |               |
| 10 – Radiología y Ecografía        | ¿Los informes están suscriptos por los especialistas?   |    |    |               |
| 10 – Radiología y Ecografía        | En la atención ambulatoria programada:  |    |    |               |
| 10 – Radiología y Ecografía        | ¿Se otorgan los turnos dentro de los 3 días de solicitado?  |    |    |               |
| 10 – Radiología y Ecografía        | ¿Se entregan los informes dentro de los 2 días de efectuado?  |    |    |               |
| 10 – Radiología y Ecografía        | ¿Asegura la disposición final de los residuos peligrosos?   |    |    |               |
| <i>10 – Radiología y Ecografía</i> | <i>¿Utiliza la misma marca de chasis, pantallas, películas y líquidos de revelado?</i>  |    |    |               |
| 11 - Mamografía                    | ¿Realiza estudios de radiología mamaria?  |    |    |               |
| 11 - Mamografía                    | ¿Cuenta con un profesional médico responsable del servicio?   |    |    |               |
| 11 - Mamografía                    | ¿El responsable del área cuenta con título de especialista en mamografía o diagnóstico por imágenes?  |    |    |               |
| 11 - Mamografía                    | ¿El servicio es tercerizado?  |    |    |               |
| 11 - Mamografía                    | En caso de que el servicio sea tercerizado: ¿posee algún tipo de relación formal con el establecimiento asistencial (nota, acta acuerdo, contrato, facturaciones regulares)?  |    |    |               |
| 11 - Mamografía                    | ¿El personal técnico:   |    |    |               |
| 11 - Mamografía                    | posee título de Técnico Radiólogo?  |    |    |               |
| 11 - Mamografía                    | cuenta con entrenamiento específico?  |    |    |               |
| 11 - Mamografía                    | Los profesionales con responsabilidad sobre la realización de estudios y emisión de informes cuentan con entrenamiento específico?  |    |    |               |
| 11 - Mamografía                    | ¿Cuenta con el siguiente equipamiento:  |    |    |               |
| 11 - Mamografía                    | Equipo de diagnóstico con foco no mayor a 0,5 mm?   |    |    |               |
| 11 - Mamografía                    | Ánodo de molibdeno?   |    |    |               |
| 11 - Mamografía                    | Filtros de aluminio o molibdeno?  |    |    |               |
| 11 - Mamografía                    | Sistema de compresión con mecanismos de seguridad?  |    |    |               |



**ESTABLECIMIENTOS POLIVALENTES CON INTERNACIÓN - PLANILLA DE AUTOEVALUACIÓN**

| ESTÁNDAR        | CRITERIOS   | SI | NO | OBSERVACIONES |
|-----------------|---|----|----|---------------|
| 11 - Mamografía | Butaca para paciente regulable en altura?   |    |    |               |
| 11 - Mamografía | Exposímetro automático?   |    |    |               |
| 11 - Mamografía | Frenos electromagnéticos?   |    |    |               |
| 11 - Mamografía | Chasis, Pantallas y Películas para mamografía?  |    |    |               |
| 11 - Mamografía | ¿La antigüedad del equipo es de hasta 6 años?   |    |    |               |
| 11 - Mamografía | ¿Se efectúan servicios periódicos de mantenimiento?   |    |    |               |
| 11 - Mamografía | ¿Dispone de una sala de uso exclusivo?  |    |    |               |
| 11 - Mamografía | ¿Cuenta con un sistema de control de calidad de imágenes que implique:  |    |    |               |
| 11 - Mamografía | Registros de la fechas de recambio de líquidos de revelado?   |    |    |               |
| 11 - Mamografía | Registros de la limpieza de pantallas intensificadoras?   |    |    |               |
| 11 - Mamografía | Registros de los servicios de mantenimiento preventivo del equipamiento?  |    |    |               |
| 11 - Mamografía | Normas activas de almacenamiento de placas que estén:   |    |    |               |
| 11 - Mamografía | Escritas?   |    |    |               |
| 11 - Mamografía | Aprobadas por la Dirección Médica?  |    |    |               |
| 11 - Mamografía | Disponibles permanentemente?  |    |    |               |
| 11 - Mamografía | Conocidas por quienes deben aplicarla?  |    |    |               |
| 11 - Mamografía | ¿Existen mecanismos formales de capacitación a los que concurren los responsables y profesionales del servicio y los profesionales asistenciales en los que se discuten casos elegidos o problemáticos? |    |    |               |
| 11 - Mamografía | ¿Cuenta con reveladora automática de placas de las siguientes características:  |    |    |               |
| 11 - Mamografía | Tiene hasta 5 años de antigüedad?   |    |    |               |
| 11 - Mamografía | Tiempo de procesado inferior a los 120 segundos?  |    |    |               |
| 11 - Mamografía | Posee bombas de integración para revelador y fijador?   |    |    |               |
| 11 - Mamografía | Termostato automático?  |    |    |               |
| 11 - Mamografía | ¿Posee un archivo histórico de informes?  |    |    |               |
| 11 - Mamografía | ¿Los informes están suscriptos por los especialistas?   |    |    |               |
| 11 - Mamografía | En atención ambulatoria programada:   |    |    |               |
| 11 - Mamografía | ¿Se otorgan los turnos dentro de los 3 días de solicitado?  |    |    |               |
| 11 - Mamografía | ¿Se entregan los informes dentro de los 2 días de efectuado?  |    |    |               |
| 11 - Mamografía | ¿Asegura la disposición final de los residuos peligrosos?   |    |    |               |
| 11 - Mamografía | ¿Utiliza la misma marca de chasis, pantallas, películas y líquidos de revelado?   |    |    |               |
| 12 - TAC        | ¿Realiza estudios de TAC?   |    |    |               |
| 12 - TAC        | ¿Cuenta con un profesional médico responsable del Servicio?   |    |    |               |
| 12 - TAC        | ¿El responsable del servicio:   |    |    |               |
| 12 - TAC        | Posee título de especialista en Radiología o Diagnóstico por Imágenes?  |    |    |               |



**ESTABLECIMIENTOS POLIVALENTES CON INTERNACIÓN - PLANILLA DE AUTOEVALUACIÓN**

| ESTÁNDAR | CRITERIOS  | SI | NO | OBSERVACIONES |
|----------|--|----|----|---------------|
| 12 - TAC | Se halla certificado por el Consejo de Certificación de Profesionales Médicos o similar?   |    |    |               |
| 12 - TAC | ¿El servicio es tercerizado?   |    |    |               |
| 12 - TAC | En caso de que el servicio sea tercerizado: ¿posee algún tipo de relación formal con el establecimiento asistencial (nota, acta acuerdo, contrato, facturaciones regulares)? |    |    |               |
| 12 - TAC | ¿El personal técnico:  |    |    |               |
| 12 - TAC | posee título de Técnico Radiólogo?   |    |    |               |
| 12 - TAC | cuenta con entrenamiento específico mayor de un año?   |    |    |               |
| 12 - TAC | ¿Los profesionales con responsabilidad sobre la realización de estudios y emisión de informes cuentan con entrenamiento específico en esta especialidad?                     |    |    |               |
| 12 - TAC | ¿Cuenta al menos con un técnico radiólogo disponible las 24 horas que permita asegurar la realización de los estudios urgentes dentro de las dos horas de solicitado?        |    |    |               |
| 12 - TAC | ¿Dispone de una sala de estudios de uso exclusivo?   |    |    |               |
| 12 - TAC | ¿El equipo de diagnóstico es, como mínimo, de tercera generación? (La unidad tubo de rayos X-detectores posee sistema de rotación conjunta de 360° o scan helicoidal)        |    |    |               |
| 12 - TAC | Tiene certificado de Control de Calidad expedido por la autoridad sanitaria correspondiente?   |    |    |               |
| 12 - TAC | ¿El soft es de tercera generación y cuenta con Programas Quality Control?  |    |    |               |
| 12 - TAC | ¿Se realizan servicios de mantenimiento preventivo de los equipos?   |    |    |               |
| 12 - TAC | ¿Se entregan instrucciones impresas para la preparación de los pacientes?  |    |    |               |
| 12 - TAC | ¿Las instrucciones contienen los siguientes datos:   |    |    |               |
| 12 - TAC | Período de ayuno previo?   |    |    |               |
| 12 - TAC | Dosis y horarios de toma de antiflatulentos?   |    |    |               |
| 12 - TAC | Antisépticos intestinales?   |    |    |               |
| 12 - TAC | Sustancias de contraste?   |    |    |               |
| 12 - TAC | Denominación del servicio?   |    |    |               |
| 12 - TAC | Dirección?   |    |    |               |
| 12 - TAC | Horario de atención al público?  |    |    |               |
| 12 - TAC | Medios de comunicación?  |    |    |               |
| 12 - TAC | ¿Existe un sistema de control de calidad de las imágenes, que incluya:   |    |    |               |
| 12 - TAC | Registros de las fechas de recambio de líquidos de revelado?   |    |    |               |
| 12 - TAC | Registros de los servicios de mantenimiento?   |    |    |               |
| 12 - TAC | Normas activas de almacenamiento de placas?  |    |    |               |
| 12 - TAC | Escritas?  |    |    |               |



**ESTABLECIMIENTOS POLIVALENTES CON INTERNACIÓN - PLANILLA DE AUTOEVALUACIÓN**

| ESTÁNDAR | CRITERIOS   | SI | NO | OBSERVACIONES |
|----------|---|----|----|---------------|
| 12 - TAC | Aprobadas por la Dirección Médica?  |    |    |               |
| 12 - TAC | Disponibles permanentemente?  |    |    |               |
| 12 - TAC | Conocidas por quienes deben aplicarla?  |    |    |               |
| 12 - TAC | Para la prevención y tratamiento de las reacciones adversas a los medios de contraste dispone de:   |    |    |               |
| 12 - TAC | Normas activas de procedimientos de trabajo   |    |    |               |
| 12 - TAC | Escritas?   |    |    |               |
| 12 - TAC | Aprobadas por la Dirección Médica?  |    |    |               |
| 12 - TAC | Disponibles permanentemente?  |    |    |               |
| 12 - TAC | Conocidas por quienes deben aplicarla?  |    |    |               |
| 12 - TAC | Equipamiento  |    |    |               |
| 12 - TAC | Laringoscopio?  |    |    |               |
| 12 - TAC | Cánulas traqueales?   |    |    |               |
| 12 - TAC | Soluciones electrolíticas intravenosas?   |    |    |               |
| 12 - TAC | Medicación vasoactiva?  |    |    |               |
| 12 - TAC | Corticoesteroides?  |    |    |               |
| 12 - TAC | Antihistamínicos?   |    |    |               |
| 12 - TAC | Oxígeno?  |    |    |               |
| 12 - TAC | Material descartable (jeringas, agujas, cánulas, catéteres, etc.)?  |    |    |               |
| 12 - TAC | Material de curaciones esterilizado (instrumental, guantes, gasas, antisépticos, etc.)?   |    |    |               |
| 12 - TAC | ¿Existen mecanismos formales (ateneos) a los que concurren los responsables y profesionales del servicio y los profesionales asistenciales en los que se discuten casos elegidos o problemáticos? |    |    |               |
| 12 - TAC | ¿Cuenta con reveladora automática de placas con las siguientes características:   |    |    |               |
| 12 - TAC | Tiene hasta 5 años de antigüedad?   |    |    |               |
| 12 - TAC | Su tiempo de procesado a seco es inferior a los 120 segundos?   |    |    |               |
| 12 - TAC | Posee bombas de integración para revelador y fijador?   |    |    |               |
| 12 - TAC | Termostato automático?  |    |    |               |
| 12 - TAC | Dispone de un archivo histórico de informes de los últimos cinco años?  |    |    |               |
| 12 - TAC | ¿Los informes están suscriptos por el/los especialistas?  |    |    |               |
| 12 - TAC | En la atención ambulatoria programada:  |    |    |               |
| 12 - TAC | ¿Se otorgan los turnos dentro de los 3 días de solicitado?  |    |    |               |
| 12 - TAC | ¿Se entregan los informes dentro de los 2 días de efectuado?  |    |    |               |
| 12 - TAC | ¿Asegura la disposición final de los residuos peligrosos?   |    |    |               |
| 13 - RNM | ¿Realiza estudios de RNM?   |    |    |               |
| 13 - RNM | ¿Cuenta con un profesional médico encargado del servicio?   |    |    |               |



**ESTABLECIMIENTOS POLIVALENTES CON INTERNACIÓN - PLANILLA DE AUTOEVALUACIÓN**

| ESTÁNDAR | CRITERIOS  | SI | NO | OBSERVACIONES |
|----------|--|----|----|---------------|
| 13 – RNM | El responsable del servicio:   |    |    |               |
| 13 – RNM | Posee título de especialista en Radiología o Diagnóstico por Imágenes?   |    |    |               |
| 13 – RNM | Se halla certificado por el Consejo de Certificación de Profesionales Médicos o similar?   |    |    |               |
| 13 – RNM | El personal técnico:   |    |    |               |
| 13 – RNM | ¿Posee título de Técnico Radiólogo?  |    |    |               |
| 13 – RNM | ¿Cuenta con entrenamiento específico mayor de un año?  |    |    |               |
| 13 – RNM | Los profesionales con responsabilidad sobre la realización de estudios y emisión de informes cuentan con entrenamiento específico?                     |    |    |               |
| 13 – RNM | ¿El servicio es tercerizado?   |    |    |               |
| 13 – RNM | En caso de que el servicio sea tercerizado: ¿posee algún tipo de relación formal con el establecimiento asistencial?                                   |    |    |               |
| 13 – RNM | ¿Cuenta al menos con un técnico radiólogo las 24 horas que permita asegurar la realización de estudios urgentes dentro de las dos horas de solicitado? |    |    |               |
| 13 – RNM | El equipo de diagnóstico:  |    |    |               |
| 13 – RNM | Posee imán resistivo y/o permanente de 0,3 a 0,5 tesla?  |    |    |               |
| 13 – RNM | Posee imán superconductor de 0,5 a 2 Tesla?  |    |    |               |
| 13 – RNM | Secuencias fast spin echo y gradient echo?   |    |    |               |
| 13 – RNM | Dispone de un certificado de Control de Calidad otorgado por la autoridad sanitaria correspondiente?   |    |    |               |
| 13 – RNM | ¿Se realizan servicios de mantenimiento preventivo de los equipos?   |    |    |               |
| 13 – RNM | ¿Dispone de una sala de estudios de uso exclusivo?   |    |    |               |
| 13 – RNM | ¿Se entregan instrucciones impresas para la preparación de los pacientes?  |    |    |               |
| 13 – RNM | ¿Las instrucciones contienen los siguientes datos:   |    |    |               |
| 13 – RNM | Período de ayuno previo?   |    |    |               |
| 13 – RNM | Dosis y horarios de toma de antiflatulentos?   |    |    |               |
| 13 – RNM | Antisépticos intestinales?   |    |    |               |
| 13 – RNM | Sustancias de contraste?   |    |    |               |
| 13 – RNM | Denominación del servicio?   |    |    |               |
| 13 – RNM | Domicilio?   |    |    |               |
| 13 – RNM | Horario de atención al público?  |    |    |               |
| 13 – RNM | Medios de comunicación?  |    |    |               |
| 13 – RNM | ¿Existe un sistema de control de calidad de las imágenes, que incluya:   |    |    |               |
| 13 – RNM | Registros de las fechas de recambio de líquidos de revelados?  |    |    |               |
| 13 – RNM | Registros de los servicios de mantenimiento?   |    |    |               |
| 13 – RNM | Normas activas de almacenamiento de placas   |    |    |               |
| 13 – RNM | Escritas?  |    |    |               |
| 13 – RNM | Aprobadas por la Dirección Médica?   |    |    |               |



**ESTABLECIMIENTOS POLIVALENTES CON INTERNACIÓN - PLANILLA DE AUTOEVALUACIÓN**

| ESTÁNDAR                    | CRITERIOS   | SI | NO | OBSERVACIONES |
|-----------------------------|---|----|----|---------------|
| 13 – RNM                    | Disponibles permanentemente?  |    |    |               |
| 13 – RNM                    | Conocidas por quienes deben aplicarla?  |    |    |               |
| 13 – RNM                    | Para la prevención y tratamiento de las reacciones adversas a los medios de contraste dispone de:   |    |    |               |
| 13 – RNM                    | Normas activas de procedimientos de trabajo   |    |    |               |
| 13 – RNM                    | Escritas?   |    |    |               |
| 13 – RNM                    | Aprobadas por la Dirección Médica?  |    |    |               |
| 13 – RNM                    | Disponibles permanentemente?  |    |    |               |
| 13 – RNM                    | Conocidas por quienes deben aplicarla?  |    |    |               |
| 13 – RNM                    | Equipamiento  |    |    |               |
| 13 – RNM                    | Laringoscopio?  |    |    |               |
| 13 – RNM                    | Cánulas traqueales?   |    |    |               |
| 13 – RNM                    | Soluciones electrolíticas intravenosas?   |    |    |               |
| 13 – RNM                    | Medicación vasoactiva?  |    |    |               |
| 13 – RNM                    | Corticoesteroides?  |    |    |               |
| 13 – RNM                    | Antihistamínicos?   |    |    |               |
| 13 – RNM                    | Oxígeno?  |    |    |               |
| 13 – RNM                    | Material descartable (jeringas, agujas, cánulas, catéteres, etc.)?  |    |    |               |
| 13 – RNM                    | Material de curaciones esterilizado (instrumental, guantes, gasas, antisépticos, etc.)?   |    |    |               |
| 13 – RNM                    | ¿Existen mecanismos formales (ateneos) a los que concurren los responsables y profesionales del servicio y los profesionales asistenciales en los que se discuten casos elegidos o problemáticos? |    |    |               |
| 13 – RNM                    | ¿Cuenta con reveladora automática de placas con las siguientes características:   |    |    |               |
| 13 – RNM                    | Tiene hasta 5 años de antigüedad?   |    |    |               |
| 13 – RNM                    | Su tiempo de procesado a seco es inferior a los 120 segundos?   |    |    |               |
| 13 – RNM                    | Posee bombas de integración para revelador y fijador?   |    |    |               |
| 13 – RNM                    | Termostato automático?  |    |    |               |
| 13 – RNM                    | ¿Dispone de un archivo histórico de informes de los últimos cinco años?   |    |    |               |
| 13 – RNM                    | ¿Los informes están suscriptos por el/los especialistas?.   |    |    |               |
| 13 – RNM                    | En la atención ambulatoria programada:  |    |    |               |
| 13 – RNM                    | ¿Se otorgan los turnos dentro de los 3 días de solicitado?  |    |    |               |
| 13 – RNM                    | ¿Se entregan los informes dentro de los 2 días de efectuado?  |    |    |               |
| 13 – RNM                    | ¿Asegura la disposición final de los residuos peligrosos?   |    |    |               |
| 14 – Medicina Transfusional | ¿Dispone de un local propio de uso exclusivo dentro del establecimiento?  |    |    |               |
| 14 – Medicina Transfusional | ¿Posee una heladera de uso exclusivo?   |    |    |               |
| 14 – Medicina Transfusional | ¿Cuenta con un profesional médico responsable del Servicio?   |    |    |               |



**ESTABLECIMIENTOS POLIVALENTES CON INTERNACIÓN - PLANILLA DE AUTOEVALUACIÓN**

| ESTÁNDAR                           | CRITERIOS   | SI | NO | OBSERVACIONES |
|------------------------------------|---|----|----|---------------|
| 14 – Medicina Transfusional        | ¿El responsable del Servicio tiene título de especialista en Hemoterapia o similar o acredita no menos de 5 años de antigüedad en la especialidad (localidades en las que no existan especialistas en 100 km a la redonda)? |    |    |               |
| 14 – Medicina Transfusional        | ¿El personal técnico cuenta con título otorgado por instituciones reconocidas?  |    |    |               |
| 14 – Medicina Transfusional        | ¿Cuenta con un Programa de Guardias Técnicas Activas las 24 horas?  |    |    |               |
| 14 – Medicina Transfusional        | ¿Cuenta con normas activas de Procedimientos técnicos?  |    |    |               |
| 14 – Medicina Transfusional        | Escritas?   |    |    |               |
| 14 – Medicina Transfusional        | Aprobadas por la Dirección Médica?  |    |    |               |
| 14 – Medicina Transfusional        | Disponibles permanentemente?  |    |    |               |
| 14 – Medicina Transfusional        | Conocidas por quienes deben aplicarla?  |    |    |               |
| 14 – Medicina Transfusional        | Sobre:  |    |    |               |
| 14 – Medicina Transfusional        | Extracción?   |    |    |               |
| 14 – Medicina Transfusional        | Agrupamiento?   |    |    |               |
| 14 – Medicina Transfusional        | Compatibilización?  |    |    |               |
| 14 – Medicina Transfusional        | Estudio serológico (de acuerdo con la legislación respectiva)?  |    |    |               |
| 14 – Medicina Transfusional        | Transfusión de sangre y/o sus derivados?  |    |    |               |
| 14 – Medicina Transfusional        | ¿Cuenta con normas activas de procedimientos administrativos  |    |    |               |
| 14 – Medicina Transfusional        | Escritas?   |    |    |               |
| 14 – Medicina Transfusional        | Aprobadas por la Dirección Médica?  |    |    |               |
| 14 – Medicina Transfusional        | Disponibles permanentemente?  |    |    |               |
| 14 – Medicina Transfusional        | Conocidas por quienes deben aplicarla?  |    |    |               |
| 14 – Medicina Transfusional        | Sobre:  |    |    |               |
| 14 – Medicina Transfusional        | Mantenimiento y actualización de un Registro de Dadores?  |    |    |               |
| 14 – Medicina Transfusional        | Mecanismos de citación e información a los interesados (dadores y receptores)?  |    |    |               |
| 14 – Medicina Transfusional        | ¿Utiliza sangre procesada en otro establecimiento?  |    |    |               |
| 14 – Medicina Transfusional        | En caso de utilizar sangre procesada en otro establecimiento, ¿las muestras cuentan con protocolo certificado firmado por el especialista responsable del establecimiento que efectuó el procesamiento?                     |    |    |               |
| 14 – Medicina Transfusional        | ¿Cuenta con registros actualizados de   |    |    |               |
| 14 – Medicina Transfusional        | dadores y transfusiones?  |    |    |               |
| 14 – Medicina Transfusional        | Unidades (de sangre o derivados) utilizadas?  |    |    |               |
| <i>14 – Medicina Transfusional</i> | <i>¿Efectúa el fraccionamiento de la sangre obtenida?</i>   |    |    |               |
| 15 -Medicina Nuclear               | Cuenta con un Servicio de Medicina Nuclear?   |    |    |               |
| 15 -Medicina Nuclear               | ¿Cuenta con el siguiente equipamiento:  |    |    |               |
| 15 -Medicina Nuclear               | Detector de radiaciones para mediciones "in vivo"?  |    |    |               |
| 15 -Medicina Nuclear               | Cámara gamma planar o tomográfica o spect?  |    |    |               |



**ESTABLECIMIENTOS POLIVALENTES CON INTERNACIÓN - PLANILLA DE AUTOEVALUACIÓN**

| ESTÁNDAR             | CRITERIOS  | SI | NO | OBSERVACIONES |
|----------------------|--|----|----|---------------|
| 15 -Medicina Nuclear | Monitor portátil?  |    |    |               |
| 15 -Medicina Nuclear | Calibrador de actividades?   |    |    |               |
| 15 -Medicina Nuclear | ¿Las salas son propias y exclusivas del servicio?  |    |    |               |
| 15 -Medicina Nuclear | ¿Cuenta con un profesional médico responsable del Servicio?  |    |    |               |
| 15 -Medicina Nuclear | El responsable del servicio:   |    |    |               |
| 15 -Medicina Nuclear | Cuenta con título de especialista en Medicina Nuclear? (para todos los profesionales o sólo para el responsable?)                |    |    |               |
| 15 -Medicina Nuclear | Está autorizado para la tenencia y uso de material radiactivo?   |    |    |               |
| 15 -Medicina Nuclear | ¿Todos los profesionales del servicio se hallan autorizados para el uso de equipos de radioterapia?                              |    |    |               |
| 15 -Medicina Nuclear | ¿Cuenta con instrumentos de protección radiológica, de acuerdo con las normas de seguridad dictadas por la autoridad competente? |    |    |               |
| 15 -Medicina Nuclear | Realiza controles de calidad sobre el equipamiento que respeten las especificaciones técnicas de los fabricantes?                |    |    |               |
| 15 -Medicina Nuclear | ¿Se entregan instrucciones impresas a los pacientes para estudios que requieran preparación previa?                              |    |    |               |
| 15 -Medicina Nuclear | ¿Las instrucciones contienen los siguientes datos:   |    |    |               |
| 15 -Medicina Nuclear | Período de ayuno previo?   |    |    |               |
| 15 -Medicina Nuclear | Dosis y horarios de la toma de medicamentos?   |    |    |               |
| 15 -Medicina Nuclear | Denominación del servicio?   |    |    |               |
| 15 -Medicina Nuclear | Domicilio?   |    |    |               |
| 15 -Medicina Nuclear | Horario de atención al público?  |    |    |               |
| 15 -Medicina Nuclear | Medios de comunicación?  |    |    |               |
| 15 -Medicina Nuclear | ¿Existe un sistema de control de calidad de las imágenes, que incluya:   |    |    |               |
| 15 -Medicina Nuclear | Registros de las fechas de recambio de líquidos de revelados?  |    |    |               |
| 15 -Medicina Nuclear | Registros de los servicios de mantenimiento?   |    |    |               |
| 15 -Medicina Nuclear | Normas activas de almacenamiento de placas   |    |    |               |
| 15 -Medicina Nuclear | Escritas?  |    |    |               |
| 15 -Medicina Nuclear | Aprobadas por la Dirección Médica?   |    |    |               |
| 15 -Medicina Nuclear | Disponibles permanentemente?   |    |    |               |
| 15 -Medicina Nuclear | Conocidas por quienes deben aplicarla?   |    |    |               |
| 15 -Medicina Nuclear | Para la prevención y tratamiento de las reacciones adversas a los medios de contraste dispone de:                                |    |    |               |
| 15 -Medicina Nuclear | Normas activas de procedimientos de trabajo  |    |    |               |
| 15 -Medicina Nuclear | Escritas?  |    |    |               |
| 15 -Medicina Nuclear | Aprobadas por la Dirección Médica?   |    |    |               |
| 15 -Medicina Nuclear | Disponibles permanentemente?   |    |    |               |
| 15 -Medicina Nuclear | Conocidas por quienes deben aplicarla?   |    |    |               |
| 15 -Medicina Nuclear | Equipamiento   |    |    |               |
| 15 -Medicina Nuclear | Laringoscopio?   |    |    |               |



**ESTABLECIMIENTOS POLIVALENTES CON INTERNACIÓN - PLANILLA DE AUTOEVALUACIÓN**

| ESTÁNDAR              | CRITERIOS   | SI | NO | OBSERVACIONES |
|-----------------------|---|----|----|---------------|
| 15 -Medicina Nuclear  | Cánulas traqueales?   |    |    |               |
| 15 -Medicina Nuclear  | Soluciones electrolíticas intravenosas?   |    |    |               |
| 15 -Medicina Nuclear  | Medicación vasoactiva?  |    |    |               |
| 15 -Medicina Nuclear  | Corticoesteroides?  |    |    |               |
| 15 -Medicina Nuclear  | Antihistamínicos?   |    |    |               |
| 15 -Medicina Nuclear  | Oxígeno?  |    |    |               |
| 15 -Medicina Nuclear  | Material descartable (jeringas, agujas, cánulas, catéteres, etc.)?  |    |    |               |
| 15 -Medicina Nuclear  | Material de curaciones esterilizado (instrumental, guantes, gasas, antisépticos, etc.)?   |    |    |               |
| 15 -Medicina Nuclear  | ¿Existen mecanismos formales de capacitación (ateneos o similares) entre los responsables y profesionales del servicio y los profesionales asistenciales en los que se discuten casos elegidos o problemáticos? |    |    |               |
| 15 -Medicina Nuclear  | ¿Se registran por escrito las actividades de capacitación?  |    |    |               |
| 15 -Medicina Nuclear  | ¿Cuenta con reveladora automática de placas o sistemas alternativos de procesamiento automático con las siguientes características:   |    |    |               |
| 15 -Medicina Nuclear  | ¿Tiene hasta 5 años de antigüedad?  |    |    |               |
| 15 -Medicina Nuclear  | ¿Su tiempo de procesado a seco es inferior a los 120 segundos?  |    |    |               |
| 15 -Medicina Nuclear  | ¿Posee bombas de integración para revelador y fijador?  |    |    |               |
| 15 -Medicina Nuclear  | ¿Termostato automático?   |    |    |               |
| 15 -Medicina Nuclear  | ¿Posee un archivo histórico de informes de los últimos cinco años?  |    |    |               |
| 15 -Medicina Nuclear  | ¿Los informes están suscriptos por el/los especialistas?  |    |    |               |
| 15 -Medicina Nuclear  | En la atención ambulatoria programada:  |    |    |               |
| 15 -Medicina Nuclear  | ¿Se otorgan los turnos dentro de los 3 días de solicitado?  |    |    |               |
| 15 -Medicina Nuclear  | ¿Se entregan los informes dentro de los 2 días de efectuado?  |    |    |               |
| 15 -Medicina Nuclear  | <i>Desarrolla actividades docentes y de investigación?</i>  |    |    |               |
| 16 - Terapia Radiante | ¿Cuenta con un Servicio de Terapia Radiante?  |    |    |               |
| 16 - Terapia Radiante | ¿Cuenta con un profesional médico responsable del servicio?   |    |    |               |
| 16 - Terapia Radiante | El responsable del servicio:  |    |    |               |
| 16 - Terapia Radiante | ¿Cuenta con título de Especialista en Radioterapia o similar, otorgado por entidad reconocida?  |    |    |               |
| 16 - Terapia Radiante | ¿Se halla autorizado para el uso de equipos de radioterapia?  |    |    |               |
| 16 - Terapia Radiante | ¿Se halla certificado por el Consejo de Certificación de Profesionales Médicos o entidad similar?   |    |    |               |
| 16 - Terapia Radiante | Para el manejo diario de los tratamientos dispone de:   |    |    |               |
| 16 - Terapia Radiante | ¿Técnicos operadores de radioterapia con una experiencia de 3 años o más?   |    |    |               |
| 16 - Terapia Radiante | ¿Todos los profesionales del servicio se hallan autorizados para el uso de equipos de radioterapia?   |    |    |               |
| 16 - Terapia Radiante | ¿Cuenta con un especialista en física de la Radioterapia o Técnico Físico?  |    |    |               |
| 16 - Terapia Radiante | ¿El especialista en física de la Radioterapia o Técnico Físico tiene una dedicación:  |    |    |               |

**ESTABLECIMIENTOS POLIVALENTES CON INTERNACIÓN - PLANILLA DE AUTOEVALUACIÓN**

| ESTÁNDAR              | CRITERIOS  | SI | NO | OBSERVACIONES |
|-----------------------|--|----|----|---------------|
| 16 - Terapia Radiante | Part-time si el equipo disponible consiste en bomba de CO60?   |    |    |               |
| 16 - Terapia Radiante | Full-time si se cuenta con acelerador lineal?  |    |    |               |
| 16 - Terapia Radiante | ¿Cuenta con el siguiente equipamiento:   |    |    |               |
| 16 - Terapia Radiante | Teleterapia  |    |    |               |
| 16 - Terapia Radiante | Bomba de CO60 , isocéntrica, de 80 cm. de radio de giro y actividad inicial de 4500 Ci o Acelerador lineal de 4 MeV de |    |    |               |
| 16 - Terapia Radiante | Equipo de radioterapia superficial o semiprofunda con emisión de fotones de entre 80 y 300 KeV?                        |    |    |               |
| 16 - Terapia Radiante | Para la simulación utiliza:  |    |    |               |
| 16 - Terapia Radiante | ¿Un equipo de radiodiagnóstico afectado a la localización de los volúmenes?  |    |    |               |
| 16 - Terapia Radiante | ¿Un equipo simulador específicamente construido a tal fin?   |    |    |               |
| 16 - Terapia Radiante | ¿Efectúa Braquiterapia?  |    |    |               |
| 16 - Terapia Radiante | En caso positivo ¿dispone de:  |    |    |               |
| 16 - Terapia Radiante | Aplicadores intracavitarios de retrocarga y sus respectivas fuentes radioactivas?                                      |    |    |               |
| 16 - Terapia Radiante | Áreas de internación de pacientes y de almacenamiento de fuentes de características apropiadas a esos fines?           |    |    |               |
| 16 - Terapia Radiante | Para efectuar dosimetría ¿dispone de :   |    |    |               |
| 16 - Terapia Radiante | Cámaras aptas para realizar mediciones en los equipos disponibles?   |    |    |               |
| 16 - Terapia Radiante | Fantomas de agua y/o sólidos?  |    |    |               |
| 16 - Terapia Radiante | Sistema de dosimetría para personal (radioprotección)?   |    |    |               |
| 16 - Terapia Radiante | Dosimetría convencional manual (tablas de curvas)?   |    |    |               |
| 16 - Terapia Radiante | ¿Cuenta con un sistema de comunicación entre el profesional a cargo del paciente y el radioterapeuta?                  |    |    |               |
| 16 - Terapia Radiante | ¿Cuenta con un Registro de Inspección de equipos realizada por la autoridad de aplicación?                             |    |    |               |
| 16 - Terapia Radiante | ¿Cuenta con Acelerador lineal con capacidad de emisión de fotones y/o electrones?                                      |    |    |               |
| 16 - Terapia Radiante | ¿Cuenta con sistemas de dosimetría computarizada?  |    |    |               |
| 17 - Rehabilitación   | El establecimiento: ¿cuenta con un servicio especializado que trata pacientes internados y ambulatorios?               |    |    |               |
| 17 - Rehabilitación   | ¿Cuenta con un profesional responsable del Servicio?   |    |    |               |
| 17 - Rehabilitación   | El responsable del servicio:   |    |    |               |
| 17 - Rehabilitación   | ¿tiene título de especialista en Rehabilitación y/o Fisiatría?   |    |    |               |
| 17 - Rehabilitación   | ¿acredita 5 años o más de experiencia en la especialidad?  |    |    |               |
| 17 - Rehabilitación   | El servicio: ¿cuenta con personal profesional compuesto por Kinesiólogos y/o Terapistas físicos?                       |    |    |               |
| 17 - Rehabilitación   | ¿Efectúa por lo menos tratamientos de rehabilitación:  |    |    |               |
| 17 - Rehabilitación   | Neurológica?   |    |    |               |
| 17 - Rehabilitación   | Respiratoria?  |    |    |               |
| 17 - Rehabilitación   | Ortopédica?  |    |    |               |
| 17 - Rehabilitación   | ¿Cuenta con consultorios con mesas de rehabilitación y/o camillas en número suficiente para la demanda estimada?       |    |    |               |
| 17 - Rehabilitación   | ¿Posee un gimnasio de 30 m2 de superficie o más?   |    |    |               |
| 17 - Rehabilitación   | ¿Cuenta con sanitarios y vestuarios para pacientes?  |    |    |               |

**ESTABLECIMIENTOS POLIVALENTES CON INTERNACIÓN - PLANILLA DE AUTOEVALUACIÓN**

| ESTÁNDAR                     | CRITERIOS  | SI | NO | OBSERVACIONES |
|------------------------------|--|----|----|---------------|
| 17 - Rehabilitación          | ¿Los sanitarios para pacientes tienen acceso directo desde el servicio?  |    |    |               |
| 17 - Rehabilitación          | ¿Dispone del equipamiento necesario para fisioterapia y rehabilitación ortopédica y neurológica (ondas cortas, ultrasonidos, baños de parafina, pesas, colchonetas, poleas, escalera, bicicleta fija, tracciones, etc.)? |    |    |               |
| 17 - Rehabilitación          | ¿Se registran en las Historias Clínicas (MUESTRA 5):   |    |    |               |
| 17 - Rehabilitación          | Fecha?   |    |    |               |
| 17 - Rehabilitación          | Hora?  |    |    |               |
| 17 - Rehabilitación          | Terapéutica instituida?  |    |    |               |
| <i>17 - Rehabilitación</i>   | <i>¿Cuenta con un Servicio Integral de Rehabilitación equipado para desarrollar la mayor parte de los tratamientos de la especialidad, en ambulatorios y en internación?</i>   |    |    |               |
| <i>17 - Rehabilitación</i>   | <i>¿Cuenta con mecanismos de seguimiento mediato de los pacientes tratados?</i>  |    |    |               |
| 18 - Gestión de Medicamentos | ¿El área cuenta con:   |    |    |               |
| 18 - Gestión de Medicamentos | Un local propio?   |    |    |               |
| 18 - Gestión de Medicamentos | De acceso restringido (la restricción debe estar claramente exhibida)  |    |    |               |
| 18 - Gestión de Medicamentos | Una heladera para conservación de los medicamentos que requieran frío?   |    |    |               |
| 18 - Gestión de Medicamentos | Un área de seguridad para estupefacientes?   |    |    |               |
| 18 - Gestión de Medicamentos | ¿El área de seguridad para estupefacientes sólo es accesible al máximo responsable y/o a quien éste hubiere designado?   |    |    |               |
| 18 - Gestión de Medicamentos | ¿El depósito de medicamentos cuenta con un responsable exclusivo del área?   |    |    |               |
| 18 - Gestión de Medicamentos | ¿El circuito de provisión de medicamentos cuenta con normas activas  |    |    |               |
| 18 - Gestión de Medicamentos | Escritas?  |    |    |               |
| 18 - Gestión de Medicamentos | Aprobadas por la Dirección Médica?   |    |    |               |
| 18 - Gestión de Medicamentos | Disponibles permanentemente?   |    |    |               |
| 18 - Gestión de Medicamentos | Conocidas por quienes deben aplicarla?   |    |    |               |
| 18 - Gestión de Medicamentos | Que incluyan   |    |    |               |
| 18 - Gestión de Medicamentos | Mecanismos de adquisición de medicamentos?   |    |    |               |
| 18 - Gestión de Medicamentos | Cómo se solicitan desde las unidades asistenciales?  |    |    |               |
| 18 - Gestión de Medicamentos | Horarios de solicitud y entrega?   |    |    |               |
| 18 - Gestión de Medicamentos | Responsables de cada etapa?  |    |    |               |
| 18 - Gestión de Medicamentos | ¿Cuenta con un sistema continuo de disponibilidad de medicamentos críticos incluidos en un listado?  |    |    |               |
| 18 - Gestión de Medicamentos | ¿Se lleva control de disponibilidad del resto de los medicamentos mediante un listado con niveles de stock?  |    |    |               |
| 18 - Gestión de Medicamentos | ¿Cuenta con registros (manuales o computarizados) que permiten controlar las fechas de vencimiento?  |    |    |               |
| 18 - Gestión de Medicamentos | ¿Cuenta con normas activas sobre control de las fechas de vencimiento:   |    |    |               |
| 18 - Gestión de Medicamentos | Escritas?  |    |    |               |

### ESTABLECIMIENTOS POLIVALENTES CON INTERNACIÓN - PLANILLA DE AUTOEVALUACIÓN

| ESTÁNDAR                            | CRITERIOS  | SI | NO | OBSERVACIONES |
|-------------------------------------|--|----|----|---------------|
| 18 – Gestión de Medicamentos        | Aprobadas por la Dirección Médica?   |    |    |               |
| 18 – Gestión de Medicamentos        | Disponibles permanentemente?   |    |    |               |
| 18 – Gestión de Medicamentos        | Conocidas por quienes deben aplicarla?   |    |    |               |
| <i>18 – Gestión de Medicamentos</i> | <i>¿Cuenta con un profesional farmacéutico responsable del servicio?</i>   |    |    |               |
| <i>18 – Gestión de Medicamentos</i> | <i>¿Cuenta con un vademecum al que se ajustan las prescripciones de los pacientes internados?</i>  |    |    |               |
| <i>18 – Gestión de Medicamentos</i> | <i>¿Cuenta con un Comité de Farmacia que actualiza el vademecum las normas de utilización de medicamentos y otras relacionadas?</i>                        |    |    |               |
| 19 – Control de Infecciones         | ¿Cuenta con normas activas sobre precauciones para la prevención y el control de las infecciones :   |    |    |               |
| 19 – Control de Infecciones         | Escritas?  |    |    |               |
| 19 – Control de Infecciones         | Aprobadas por la Dirección Médica?   |    |    |               |
| 19 – Control de Infecciones         | Disponibles permanentemente?   |    |    |               |
| 19 – Control de Infecciones         | Conocidas por quienes deben aplicarla?   |    |    |               |
| 19 – Control de Infecciones         | Que contengan como mínimo recomendaciones sobre:   |    |    |               |
| 19 – Control de Infecciones         | Lavado de manos?   |    |    |               |
| 19 – Control de Infecciones         | Selección, preparación y uso de antisépticos y desinfectantes?   |    |    |               |
| 19 – Control de Infecciones         | Higiene hospitalaria?  |    |    |               |
| 19 – Control de Infecciones         | Precauciones universales sobre sangre y fluidos corporales?  |    |    |               |
| 19 – Control de Infecciones         | Curación de heridas?   |    |    |               |
| 19 – Control de Infecciones         | Cuidado de catéteres intravasculares, urinarios y otros?   |    |    |               |
| 19 – Control de Infecciones         | Manejo de secreciones respiratorias?   |    |    |               |
| 19 – Control de Infecciones         | ¿Cuenta con, por lo menos, un médico o enfermera encargado del control de infecciones, que utilice métodos activos de vigilancia epidemiológica?           |    |    |               |
| 19 – Control de Infecciones         | El encargado de control de infecciones tiene antecedentes en la especialidad?  |    |    |               |
| 19 – Control de Infecciones         | ¿Se llevan registros de incidencia de infecciones hospitalarias, tanto en:   |    |    |               |
| 19 – Control de Infecciones         | salas generales?   |    |    |               |
| 19 – Control de Infecciones         | unidades de cuidados críticos?   |    |    |               |
| 19 – Control de Infecciones         | ¿Los registros datan de por lo menos 6 meses previos a la evaluación?  |    |    |               |
| 19 – Control de Infecciones         | ¿Las normas de los registros determinan al menos:  |    |    |               |
| 19 – Control de Infecciones         | Criterios de infección hospitalaria?   |    |    |               |
| 19 – Control de Infecciones         | Metodología para la obtención de las tasas de infección?   |    |    |               |
| 19 – Control de Infecciones         | ¿Se efectúan estudios de prevalencia por lo menos una vez al año?  |    |    |               |
| 19 – Control de Infecciones         | ¿El comité participa activamente en la elaboración y supervisión de las normas de vigilancia, tratamiento y erradicación de las infecciones hospitalarias? |    |    |               |
| <i>19 – Control de Infecciones</i>  | <i>¿Cuenta con un Programa de Prevención y Control de Infecciones que se revisa y analiza periódicamente?</i>  |    |    |               |



**ESTABLECIMIENTOS POLIVALENTES CON INTERNACIÓN - PLANILLA DE AUTOEVALUACIÓN**

| ESTÁNDAR        | CRITERIOS  | SI | NO | OBSERVACIONES |
|-----------------|--|----|----|---------------|
| 20 - Enfermería | ¿Cuenta con un profesional enfermero como responsable del Servicio?                        |    |    |               |
| 20 - Enfermería | ¿El responsable tiene:   |    |    |               |
| 20 - Enfermería | Título de enfermero/a profesional?   |    |    |               |
| 20 - Enfermería | Experiencia profesional de 5 años o más?   |    |    |               |
| 20 - Enfermería | Capacitación en administración de servicios de salud?                                      |    |    |               |
| 20 - Enfermería | ¿El servicio cuenta con un organigrama?  |    |    |               |
| 20 - Enfermería | ¿La totalidad del personal tiene título de enfermero profesional o auxiliar de enfermería? |    |    |               |
| 20 - Enfermería | ¿Se registran en la historia clínica (MUESTRAS 1, 4 y 7):                                  |    |    |               |
| 20 - Enfermería | Los parámetros vitales (pulso, temperatura, respiración y tensión arterial)?               |    |    |               |
| 20 - Enfermería | Medicación y soluciones administradas?   |    |    |               |
| 20 - Enfermería | Los procedimientos de enfermería realizados a los pacientes internados?                    |    |    |               |
| 20 - Enfermería | Admisión y observaciones sobre el estado del paciente internado?                           |    |    |               |
| 20 - Enfermería | Fecha?   |    |    |               |
| 20 - Enfermería | Hora?  |    |    |               |
| 20 - Enfermería | Firma?   |    |    |               |
| 20 - Enfermería | Número de matrícula del/a enfermero/a?   |    |    |               |
| 20 - Enfermería | ¿Los parámetros vitales se registran cada 8 horas?   |    |    |               |
| 20 - Enfermería | ¿Existen normas activas de procedimientos de enfermería en todos los offices?              |    |    |               |
| 20 - Enfermería | Escritas?  |    |    |               |
| 20 - Enfermería | Aprobadas por la Dirección Médica?   |    |    |               |
| 20 - Enfermería | Disponibles permanentemente?   |    |    |               |
| 20 - Enfermería | Conocidas por quienes deben aplicarla?   |    |    |               |
| 20 - Enfermería | Contienen instrucciones sobre aquellos procedimientos de enfermería más frecuentes como:   |    |    |               |
| 20 - Enfermería | Administración de fármacos?  |    |    |               |
| 20 - Enfermería | Control y mantenimiento de vías?   |    |    |               |
| 20 - Enfermería | Higiene?   |    |    |               |
| 20 - Enfermería | Movilización?  |    |    |               |
| 20 - Enfermería | Curaciones?  |    |    |               |
| 20 - Enfermería | Control de drenajes?   |    |    |               |
| 20 - Enfermería | Nebulizaciones?  |    |    |               |
| 20 - Enfermería | Sondajes?  |    |    |               |
| 20 - Enfermería | Observaciones de síntomas y necesidades de los pacientes?                                  |    |    |               |
| 20 - Enfermería | Control de excretas?   |    |    |               |
| 20 - Enfermería | Enfermería:  |    |    |               |



**ESTABLECIMIENTOS POLIVALENTES CON INTERNACIÓN - PLANILLA DE AUTOEVALUACIÓN**

| ESTÁNDAR            | CRITERIOS   | SI | NO | OBSERVACIONES |
|---------------------|---|----|----|---------------|
| 20 - Enfermería     | ¿Desarrolla y participa en programas de selección, capacitación y evaluación del personal?  |    |    |               |
| 20 - Enfermería     | ¿Define y normaliza procedimientos de enfermería?   |    |    |               |
| 20 - Enfermería     | ¿El personal de conducción cuenta con experiencia mínima de 5 años en el ejercicio de la profesión?   |    |    |               |
| 20 - Enfermería     | ¿El personal de enfermería recibe capacitación específica en el establecimiento dentro del 1° año de trabajo?   |    |    |               |
| 20 - Enfermería     | ¿Cuenta con un proyecto establecido para el desarrollo de la enfermería con objetivos y metas?  |    |    |               |
| 21 - Esterilización | ¿Posee un local donde se realiza la preparación y esterilización de todos los materiales de la Institución?   |    |    |               |
| 21 - Esterilización | ¿El local:  |    |    |               |
| 21 - Esterilización | Se encuentra en un área de circulación restringida?   |    |    |               |
| 21 - Esterilización | Dispone de mesadas y alacenas para la manipulación y el depósito del material esterilizado?   |    |    |               |
| 21 - Esterilización | ¿Cuenta con el siguiente equipamiento:  |    |    |               |
| 21 - Esterilización | Autoclave?  |    |    |               |
| 21 - Esterilización | Estufa u horno?   |    |    |               |
| 21 - Esterilización | ¿El servicio está a cargo de un profesional farmacéutico (o profesional habilitado según norma jurisdiccional)?   |    |    |               |
| 21 - Esterilización | ¿El personal cuenta con capacitación específica?  |    |    |               |
| 21 - Esterilización | ¿Cuenta con normas activas de procedimientos?   |    |    |               |
| 21 - Esterilización | Escritas?   |    |    |               |
| 21 - Esterilización | Aprobadas por la Dirección Médica?  |    |    |               |
| 21 - Esterilización | Disponibles permanentemente?  |    |    |               |
| 21 - Esterilización | Conocidas por quienes deben aplicarla?  |    |    |               |
| 21 - Esterilización | Que definan al menos:   |    |    |               |
| 21 - Esterilización | Mecanismos de lavado y/o desinfección previa (aunque se trate de materiales sometidos a estos procesos en sus centros de origen antes de ingresar al servicio)? |    |    |               |
| 21 - Esterilización | Tiempos mínimos de esterilización según diferentes tipos de material?   |    |    |               |
| 21 - Esterilización | Normas de recepción, almacenamiento y entrega de materiales?  |    |    |               |
| 21 - Esterilización | ¿Se efectúan controles biológicos en todos los ciclos de esterilización?  |    |    |               |
| 21 - Esterilización | ¿El área cuenta con sectores diferenciados para:  |    |    |               |
| 21 - Esterilización | Recepción y lavado manual?  |    |    |               |
| 21 - Esterilización | Preparación y acondicionamiento de materiales?  |    |    |               |
| 21 - Esterilización | Esterilización y almacenamiento?  |    |    |               |
| 21 - Esterilización | ¿El área cuenta con ventilación mecánica equipada con filtro de alta eficiencia?  |    |    |               |
| 21 - Esterilización | ¿El lavado y desinfección de materiales se realiza mediante equipos automáticos?  |    |    |               |
| 22 - Alimentación   | Dispone de un listado de regímenes estándar para las principales patologías:  |    |    |               |
| 22 - Alimentación   | Úlcera gastroduodenal?  |    |    |               |
| 22 - Alimentación   | Diabetes?   |    |    |               |
| 22 - Alimentación   | Patología intestinal?   |    |    |               |

**ESTABLECIMIENTOS POLIVALENTES CON INTERNACIÓN - PLANILLA DE AUTOEVALUACIÓN**

| ESTÁNDAR               | CRITERIOS  | SI | NO | OBSERVACIONES |
|------------------------|--|----|----|---------------|
| 22 - Alimentación      | Post-colecistectomía?  |    |    |               |
| 22 - Alimentación      | Insuficiencia renal?   |    |    |               |
| 22 - Alimentación      | Hipertensión arterial?   |    |    |               |
| 22 - Alimentación      | Insuficiencia cardíaca?  |    |    |               |
| 22 - Alimentación      | ¿El listado contiene detalles de:  |    |    |               |
| 22 - Alimentación      | La composición de nutrientes?  |    |    |               |
| 22 - Alimentación      | Prescripciones dietéticas?   |    |    |               |
| 22 - Alimentación      | Menús diarios?   |    |    |               |
| 22 - Alimentación      | ¿Las indicaciones alimentarias constan en la HC de los pacientes internados? (MUESTRA 1)   |    |    |               |
| 22 - Alimentación      | ¿La comida resulta satisfactoria para los internados?  |    |    |               |
| 22 - Alimentación      | ¿Dispone de un nutricionista-dietista para la organización del servicio y la prescripción de regímenes personalizados que:   |    |    |               |
| 22 - Alimentación      | Dirige y organiza el servicio?   |    |    |               |
| 22 - Alimentación      | Cumple la prescripción de los regímenes personalizados?  |    |    |               |
| 22 - Alimentación      | ¿Para la preparación de las fórmulas lácteas dispone de:   |    |    |               |
| 22 - Alimentación      | Un área?   |    |    |               |
| 22 - Alimentación      | Normas activas?  |    |    |               |
| 22 - Alimentación      | Escritas   |    |    |               |
| 22 - Alimentación      | Aprobadas por la Dirección Médica  |    |    |               |
| 22 - Alimentación      | Disponibles permanentemente  |    |    |               |
| 22 - Alimentación      | Conocidas por quienes deben aplicarla  |    |    |               |
| 22 - Alimentación      | ¿Existe un equipo de profesionales integrado por médicos y nutricionistas-dietistas, encargado   |    |    |               |
| 22 - Alimentación      | De la supervisión de los pacientes nutricionalmente comprometidos?   |    |    |               |
| 22 - Alimentación      | De la alimentación enteral y parenteral, administrada con nutribomba o similar?  |    |    |               |
| 23 - Provisión de Ropa | ¿Cuenta con un responsable de la supervisión de los procedimientos de control de stock, manipuleo, lavado y provisión de ropa a pacientes, profesionales, auxiliares y demás personal que corresponda? |    |    |               |
| 23 - Provisión de Ropa | ¿Existen normas activas sobre  |    |    |               |
| 23 - Provisión de Ropa | procedimientos de cambio de ropa indicando la frecuencia diaria del cambio durante todos los días de la semana (y/o cada vez que se manche con fluidos corporales y/o excretas)?                       |    |    |               |
| 23 - Provisión de Ropa | embolsado y traslado?  |    |    |               |
| 23 - Provisión de Ropa | Estas normas están:  |    |    |               |
| 23 - Provisión de Ropa | Escritas?  |    |    |               |



**ESTABLECIMIENTOS POLIVALENTES CON INTERNACIÓN - PLANILLA DE AUTOEVALUACIÓN**

| ESTÁNDAR               | CRITERIOS   | SI | NO | OBSERVACIONES |
|------------------------|---|----|----|---------------|
| 23 – Provisión de Ropa | Aprobadas por la Dirección Médica?  |    |    |               |
| 23 – Provisión de Ropa | Disponibles permanentemente?  |    |    |               |
| 23 – Provisión de Ropa | Conocidas por quienes deben aplicarla?  |    |    |               |
| 23 – Provisión de Ropa | ¿El servicio se halla tercerizado?  |    |    |               |
| 23 – Provisión de Ropa | En caso de que el servicio se halle tercerizado:  |    |    |               |
| 23 – Provisión de Ropa | ¿El encargado de ropería supervisa la tarea del contratado?   |    |    |               |
| 23 – Provisión de Ropa | ¿Cada tanda de ropa se recibe con un resumen del proceso a que la ropa ha sido sometido, entregado por la empresa contratada? |    |    |               |
| 23 – Provisión de Ropa | ¿Existen normas activas sobre los procedimientos de lavado  |    |    |               |
| 23 – Provisión de Ropa | Escritas?   |    |    |               |
| 23 – Provisión de Ropa | Aprobadas por la Dirección Médica?  |    |    |               |
| 23 – Provisión de Ropa | Disponibles permanentemente?  |    |    |               |
| 23 – Provisión de Ropa | Conocidas por quienes deben aplicarla?  |    |    |               |
| 23 – Provisión de Ropa | Que contemplen como mínimo  |    |    |               |
| 23 – Provisión de Ropa | La concentración de jabón?  |    |    |               |
| 23 – Provisión de Ropa | La concentración de desinfectantes?   |    |    |               |
| 23 – Provisión de Ropa | La temperatura del agua?  |    |    |               |
| 24 - Limpieza          | Dispone de normas de procedimientos de limpieza general del establecimiento   |    |    |               |
| 24 - Limpieza          | Escritas?   |    |    |               |
| 24 - Limpieza          | Aprobadas por la Dirección Médica?  |    |    |               |
| 24 - Limpieza          | Disponibles permanentemente?  |    |    |               |
| 24 - Limpieza          | Conocidas por quienes deben aplicarla?  |    |    |               |
| 24 - Limpieza          | Que incluyan al menos:  |    |    |               |
| 24 - Limpieza          | Preparación de las diluciones del o de los productos utilizados para la limpieza?   |    |    |               |
| 24 - Limpieza          | Instrucciones para evitar incompatibilidades entre diferentes productos (ej.: detergentes y lavandina)?                       |    |    |               |
| 24 - Limpieza          | Descripción de las técnicas de limpieza que deben aplicarse a los diferentes sectores del establecimiento?                    |    |    |               |
| 24 - Limpieza          | Que todos los pisos sean lavados al menos una vez al día?   |    |    |               |
| 24 - Limpieza          | Prohibición de barrido en seco y aspiración de polvo?   |    |    |               |
| 24 - Limpieza          | Tratamiento específico de elementos o excretas potencialmente contaminantes como  |    |    |               |
| 24 - Limpieza          | Hepatitis B?  |    |    |               |
| 24 - Limpieza          | SIDA?   |    |    |               |
| 24 - Limpieza          | Salmonellosis?  |    |    |               |
| 24 - Limpieza          | Cuenta con un responsable de la limpieza?   |    |    |               |
| 24 - Limpieza          | El responsable coordina actividades periódicas y permanentes de entrenamiento del personal a su cargo?                        |    |    |               |



**ESTABLECIMIENTOS POLIVALENTES CON INTERNACIÓN - PLANILLA DE AUTOEVALUACIÓN**

| ESTÁNDAR                    | CRITERIOS   | SI | NO | OBSERVACIONES |
|-----------------------------|---|----|----|---------------|
| <i>24 - Limpieza</i>        | <i>El Comité de Infecciones y/o de Enfermería participa activamente de la elaboración y supervisión de las normas de limpieza?</i>                  |    |    |               |
| 25 – Residuos Patogénicos   | ¿Cuenta con normas escritas para el tratamiento de los residuos biopatogénicos, o especiales o regulados  |    |    |               |
| 25 – Residuos Patogénicos   | Escritas?   |    |    |               |
| 25 – Residuos Patogénicos   | Aprobadas por la Dirección Médica?  |    |    |               |
| 25 – Residuos Patogénicos   | Disponibles permanentemente?  |    |    |               |
| 25 – Residuos Patogénicos   | Conocidas por quienes deben aplicarla?  |    |    |               |
| 25 – Residuos Patogénicos   | Que contengan indicaciones sobre:   |    |    |               |
| 25 – Residuos Patogénicos   | Manipuleo?  |    |    |               |
| 25 – Residuos Patogénicos   | Descarte?   |    |    |               |
| 25 – Residuos Patogénicos   | Disposición final (indicación del método (Autoclavado, Compactación, Trituración con tratamiento químico, Incineración en horno pirolítico, etc.)?) |    |    |               |
| 25 – Residuos Patogénicos   | que se ajusten a la legislación local vigente?  |    |    |               |
| 25 – Residuos Patogénicos   | ¿Se incluye en las normas tratamiento para:   |    |    |               |
| 25 – Residuos Patogénicos   | Residuos del laboratorio?   |    |    |               |
| 25 – Residuos Patogénicos   | Piezas anatómicas?  |    |    |               |
| 25 – Residuos Patogénicos   | Piezas quirúrgicas?   |    |    |               |
| 25 – Residuos Patogénicos   | Elementos punzo – cortantes?  |    |    |               |
| 25 – Residuos Patogénicos   | Animales de investigación?  |    |    |               |
| 25 – Residuos Patogénicos   | Materiales descartables y deshechos (gasa, algodón, apósitos etc.)?   |    |    |               |
| 25 – Residuos Patogénicos   | Residuos sólidos provenientes de servicios de radiología, radioterapia, bombas de cobalto y otros emisores de radiación?                            |    |    |               |
| 25 – Residuos Patogénicos   | Líquidos de revelado del servicio de diagnóstico por imágenes?  |    |    |               |
| 25 – Residuos Patogénicos   | Dispone de cantidades suficientes de recipientes para residuos patogénicos?   |    |    |               |
| 25 – Residuos Patogénicos   | ¿El establecimiento se encuentra inscripto como generador de residuos biopatogénicos?   |    |    |               |
| 25 – Residuos Patogénicos   | ¿Tiene contratada una empresa para el retiro diario y la disposición final de los residuos biopatogénicos?  |    |    |               |
| 25 – Residuos Patogénicos   | ¿Los residuos son retirados del establecimiento en forma regular y periódica?   |    |    |               |
| 25 – Residuos Patogénicos   | ¿La empresa contratada está habilitada para tal fin por la autoridad jurisdiccional correspondiente?  |    |    |               |
| 26 – Confort en internación | ¿Todos los locales de internación (salvo el área de cuidados críticos) dan al exterior?   |    |    |               |
| 26 – Confort en internación | ¿Permiten la ventilación natural de los mismos?   |    |    |               |
| 26 – Confort en internación | ¿Los locales que dan al interior cuentan con ventilación forzada por medios mecánicos?  |    |    |               |
| 26 – Confort en internación | ¿El establecimiento:  |    |    |               |
| 26 – Confort en internación | Se encuentra en una región cuya temperatura media invernal es inferior a los 15°C?  |    |    |               |
| 26 – Confort en internación | Cuenta con sistema de calefacción?  |    |    |               |
| 26 – Confort en internación | El sistema de calefacción es centralizado?  |    |    |               |

**ESTABLECIMIENTOS POLIVALENTES CON INTERNACIÓN - PLANILLA DE AUTOEVALUACIÓN**

| ESTÁNDAR                    | CRITERIOS   | SI | NO | OBSERVACIONES |
|-----------------------------|---|----|----|---------------|
| 26 – Confort en internación | En caso de que el sistema de calefacción no sea centralizado: ¿todos los artefactos de gas cumplen con los siguientes requisitos: |    |    |               |
| 26 – Confort en internación | Sello oficial de aprobación de artefactos?  |    |    |               |
| 26 – Confort en internación | Un sistema de eliminación de gases de combustión directamente al exterior?  |    |    |               |
| 26 – Confort en internación | Mecanismos de corte de fluido por falta de llama por termocupla, célula fotoeléctrica u otro tipo de censor?                      |    |    |               |
| 26 – Confort en internación | ¿Existen extensiones de conductos de gas construidos con:   |    |    |               |
| 26 – Confort en internación | mangueras de goma?  |    |    |               |
| 26 – Confort en internación | caños de cobre de más de un metro de longitud?  |    |    |               |
| 26 – Confort en internación | ¿La instalación de los sistemas de calefacción se realizó según las normas vigentes?  |    |    |               |
| 26 – Confort en internación | ¿En áreas críticas se cuenta con sistemas que mantienen la temperatura ambiente entre los 18° y los 22° C?                        |    |    |               |
| 27 – HC y Archivo           | ¿Cuenta con HC de todas las personas asistidas en el establecimiento, tanto ambulatorios como internados? (MUESTRAS 1, 4 y 7)     |    |    |               |
| 27 – HC y Archivo           | ¿Son firmadas por los profesionales intervinientes? (MUESTRAS 1, 4 y 7)   |    |    |               |
| 27 – HC y Archivo           | ¿Se confecciona diagnóstico de egreso, epicrisis o cierre? (MUESTRAS 1, 4 y 7)  |    |    |               |
| 27 – HC y Archivo           | ¿Existen normas activas sobre la confección de HC   |    |    |               |
| 27 – HC y Archivo           | Escritas?   |    |    |               |
| 27 – HC y Archivo           | Aprobadas por la Dirección Médica?  |    |    |               |
| 27 – HC y Archivo           | Disponibles permanentemente?  |    |    |               |
| 27 – HC y Archivo           | Conocidas por quienes deben aplicarla?  |    |    |               |
| 27 – HC y Archivo           | ¿Las HC de pacientes internados se halla actualizadas al día anterior al de evaluación? (MUESTRAS 1, 4 y 7)                       |    |    |               |
| 27 – HC y Archivo           | ¿Las historias clínicas de internados están disponibles las 24 horas? (MUESTRAS 1, 4 y 7)   |    |    |               |
| 27 – HC y Archivo           | ¿El archivo está organizado por orden alfabético, numérico o de doble entrada?  |    |    |               |
| 27 – HC y Archivo           | ¿Incluyen el consentimiento informado de los pacientes para los procedimientos diagnósticos y quirúrgicos?                        |    |    |               |
| 27 – HC y Archivo           | ¿Existe una HC única para la atención en todo el establecimiento (consultorios externos e internación)?                           |    |    |               |
| 27 – HC y Archivo           | Se corrobora periódicamente la exactitud en el ordenamiento del archivo?  |    |    |               |
| 27 – HC y Archivo           | ¿Las HC se encuentran codificadas con fines docentes o de investigación?  |    |    |               |
| 27 – HC y Archivo           | ¿El movimiento de HC se registra?   |    |    |               |
| 27 – HC y Archivo           | ¿Se hace un seguimiento de ruta?  |    |    |               |
| 27 – HC y Archivo           | ¿Existe personal dedicado exclusivamente al tema?   |    |    |               |
| 27 – HC y Archivo           | ¿Se mantiene el acceso al área las 24 hs?   |    |    |               |
| 28 - Estadísticas           | ¿Cuenta con registro estadístico de:  |    |    |               |
| 28 - Estadísticas           | Consultas?  |    |    |               |



**ESTABLECIMIENTOS POLIVALENTES CON INTERNACIÓN - PLANILLA DE AUTOEVALUACIÓN**

| ESTÁNDAR                   | CRITERIOS   | SI | NO | OBSERVACIONES |
|----------------------------|---|----|----|---------------|
| 28 - Estadísticas          | Egresos?  |    |    |               |
| 28 - Estadísticas          | Nacimientos (Partos-Cesáreas)?  |    |    |               |
| 28 - Estadísticas          | Promedio de estadía.?   |    |    |               |
| 28 - Estadísticas          | Intervenciones quirúrgicas?   |    |    |               |
| 28 - Estadísticas          | Mortalidad?   |    |    |               |
| 28 - Estadísticas          | ¿El registro estadístico está centralizado en un área específica?   |    |    |               |
| 28 - Estadísticas          | ¿Existe una o más personas a quien/es se le haya:   |    |    |               |
| 28 - Estadísticas          | asignado la responsabilidad de la tarea?  |    |    |               |
| 28 - Estadísticas          | capacitado específicamente para esta tarea?   |    |    |               |
| 28 - Estadísticas          | ¿Los resultados son informados periódicamente a las áreas de decisión?  |    |    |               |
| 28 - Estadísticas          | ¿Las internaciones están clasificadas por patología?  |    |    |               |
| 28 - Estadísticas          | ¿Siguen una clasificación internacional tal como ICD, 9CM, OMS?   |    |    |               |
| 28 - Estadísticas          | ¿Los registros son parte de un Sistema Integrado de Información?  |    |    |               |
| 28 - Estadísticas          | ¿Los datos elaborados se publican periódicamente?   |    |    |               |
| 28 - Estadísticas          | ¿La información rutinaria abarca otros aspectos de la producción así como de los ámbitos económico financieros, administrativos y de recursos humanos?                |    |    |               |
| 28 - Estadísticas          | ¿Existe un Tablero de Comando que permite disponer de la información gerencial necesaria para el seguimiento de la empresa, la planificación y la toma de decisiones? |    |    |               |
| 29 – Gobierno Hospitalario | ¿Cuenta con un Director Médico responsable con habilitación?  |    |    |               |
| 29 – Gobierno Hospitalario | ¿El director dedica entre 4 y 8 horas diarias (según la magnitud del establecimiento) a su tarea gerencial?   |    |    |               |
| 29 – Gobierno Hospitalario | ¿Existe una estructura orgánico - funcional?  |    |    |               |
| 29 – Gobierno Hospitalario | ¿Fue aprobada por la instancia superior de gobierno del establecimiento?  |    |    |               |
| 29 – Gobierno Hospitalario | ¿Las principales decisiones son comunicadas por escrito?  |    |    |               |
| 29 – Gobierno Hospitalario | ¿Están suscriptas por el responsable de su emisión?   |    |    |               |
| 29 – Gobierno Hospitalario | ¿El director:   |    |    |               |
| 29 – Gobierno Hospitalario | Tiene capacitación específica en administración de servicios de salud?  |    |    |               |
| 29 – Gobierno Hospitalario | Está asistido por:  |    |    |               |
| 29 – Gobierno Hospitalario | Un coordinador administrativo/Director administrativo?  |    |    |               |
| 29 – Gobierno Hospitalario | Un coordinador jefe médico/Director médico asociado?  |    |    |               |
| 29 – Gobierno Hospitalario | ¿Existen procedimientos sistemáticos de desarrollo organizacional entre los distintos sectores y servicios y el gobierno del establecimiento?                         |    |    |               |
| 30 – Administración        | ¿Cuenta con un responsable general del área administrativa?   |    |    |               |
| 30 – Administración        | ¿El responsable tiene a su cargo:   |    |    |               |



**ESTABLECIMIENTOS POLIVALENTES CON INTERNACIÓN - PLANILLA DE AUTOEVALUACIÓN**

| ESTÁNDAR                         | CRITERIOS   | SI | NO | OBSERVACIONES |
|----------------------------------|---|----|----|---------------|
| 30 – Administración              | La conducción y control de los procesos administrativos?  |    |    |               |
| 30 – Administración              | La adquisición, distribución y control de los recursos materiales?  |    |    |               |
| 30 – Administración              | Los registros, liquidación de haberes y control de recursos humanos?  |    |    |               |
| 30 – Administración              | ¿Cuenta con legajos de todos los agentes (profesionales y no profesionales) donde se archivan los títulos habilitantes y certificados de capacitación?  |    |    |               |
| 30 – Administración              | ¿Existe una cuenta corriente actualizada de todas las prestatarias?   |    |    |               |
| <i>30 – Administración</i>       | <i>¿La administración general se halla diferenciada por área de acuerdo a las distintas gestiones administrativas contables(administración general, contable, financiera, de personal, etc.)?</i> |    |    |               |
| <i>30 – Administración</i>       | <i>¿Cuenta con un Manual de Procedimientos Administrativos?</i>   |    |    |               |
| 31 – Seguridad e Higiene Laboral | ¿Existe un programa de control sanitario de personal, de acuerdo con la legislación vigente?  |    |    |               |
| 31 – Seguridad e Higiene Laboral | ¿El control sanitario incluye (cuando la legislación no lo contemple el control debe hacerse con una periodicidad mínima de dos años):  |    |    |               |
| 31 – Seguridad e Higiene Laboral | Examen clínico?   |    |    |               |
| 31 – Seguridad e Higiene Laboral | Radiografía de tórax  |    |    |               |
| 31 – Seguridad e Higiene Laboral | Radiografía de columna lumbar?  |    |    |               |
| 31 – Seguridad e Higiene Laboral | Reacción de Mantoux?  |    |    |               |
| 31 – Seguridad e Higiene Laboral | Vacuna antitetánica?  |    |    |               |
| 31 – Seguridad e Higiene Laboral | Vacuna antihepatítica?  |    |    |               |
| 31 – Seguridad e Higiene Laboral | Hemograma?  |    |    |               |
| 31 – Seguridad e Higiene Laboral | Eritrosedimentación?  |    |    |               |
| 31 – Seguridad e Higiene Laboral | Orina completa?   |    |    |               |
| 31 – Seguridad e Higiene Laboral | Hepatograma?  |    |    |               |
| 31 – Seguridad e Higiene Laboral | ¿Está prevista la atención de accidentes de trabajo mediante procedimientos de denuncia a una ART?  |    |    |               |
| 31 – Seguridad e Higiene Laboral | ¿Se archivan las actas de Inspecciones de ART?  |    |    |               |
| 31 – Seguridad e Higiene Laboral | ¿El personal dispone de:  |    |    |               |
| 31 – Seguridad e Higiene Laboral | Duchas?   |    |    |               |
| 31 – Seguridad e Higiene Laboral | Vestuarios?   |    |    |               |
| 31 – Seguridad e Higiene Laboral | Servicios sanitarios?   |    |    |               |
| 31 – Seguridad e Higiene Laboral | Independientes de los destinados a pacientes y público?   |    |    |               |
| 31 – Seguridad e Higiene Laboral | ¿Dispone de normas activas para situaciones definidas de riesgo:  |    |    |               |
| 31 – Seguridad e Higiene Laboral | Escritas?   |    |    |               |
| 31 – Seguridad e Higiene Laboral | Aprobadas por la Dirección Médica?  |    |    |               |
| 31 – Seguridad e Higiene Laboral | Disponibles permanentemente?  |    |    |               |

**ESTABLECIMIENTOS POLIVALENTES CON INTERNACIÓN - PLANILLA DE AUTOEVALUACIÓN**

| ESTÁNDAR                                | CRITERIOS  | SI | NO | OBSERVACIONES |
|---|--|----|----|---------------|
| 31 – Seguridad e Higiene Laboral        | Conocidas por quienes deben aplicarla?   |    |    |               |
| 31 – Seguridad e Higiene Laboral        | Sobre  |    |    |               |
| 31 – Seguridad e Higiene Laboral        | Hepatitis?   |    |    |               |
| 31 – Seguridad e Higiene Laboral        | Salmonellosis?   |    |    |               |
| 31 – Seguridad e Higiene Laboral        | SIDA?  |    |    |               |
| 31 – Seguridad e Higiene Laboral        | Las modalidades de detección de grupos de riesgo?  |    |    |               |
| 31 – Seguridad e Higiene Laboral        | Las acciones que se deben desarrollar sobre los mismos?  |    |    |               |
| <i>31 – Seguridad e Higiene Laboral</i> | <i>¿El personal está clasificado por grupo de riesgo?</i>  |    |    |               |
| <i>31 – Seguridad e Higiene Laboral</i> | <i>¿Para cada uno de los grupos de riesgo están previstos los programas preventivos correspondientes?</i>                                      |    |    |               |
| 32 – Seguridad General                  | ¿Dispone de extintores manuales de incendio  |    |    |               |
| 32 – Seguridad General                  | uno cada 200 m <sup>2</sup> de superficie?   |    |    |               |
| 32 – Seguridad General                  | ubicados en lugares de fácil visualización (quiebre de circulaciones, descanso de escaleras, etc.)   |    |    |               |
| 32 – Seguridad General                  | su clase está de acuerdo con el tipo de elementos combustibles que se encuentren en el local?  |    |    |               |
| 32 – Seguridad General                  | ¿Cuentan con tarjeta con fecha de última carga y recarga programada?   |    |    |               |
| 32 – Seguridad General                  | ¿Hay señalización en:  |    |    |               |
| 32 – Seguridad General                  | Circulaciones de público: flechas que orienten hacia las salidas?  |    |    |               |
| 32 – Seguridad General                  | Salidas de emergencia?   |    |    |               |
| 32 – Seguridad General                  | ¿Existen normas exhibidas en lugares visibles de acceso de personas sobre los procedimientos a realizar en caso de emergencia                  |    |    |               |
| 32 – Seguridad General                  | Escritas o gráficas?   |    |    |               |
| 32 – Seguridad General                  | Aprobadas por la Dirección Médica?   |    |    |               |
| 32 – Seguridad General                  | Disponibles permanentemente?   |    |    |               |
| 32 – Seguridad General                  | Conocidas por quienes deben aplicarla?   |    |    |               |
| 32 – Seguridad General                  | Con indicación del lugar o la persona que ejecutará los procedimientos?  |    |    |               |
| 32 – Seguridad General                  | ¿Posee sistemas de detección de incendios:   |    |    |               |
| 32 – Seguridad General                  | ubicados en zonas de riesgo?   |    |    |               |
| 32 – Seguridad General                  | aprobados por la autoridad competente?   |    |    |               |
| <i>32 – Seguridad General</i>           | <i>¿El personal ha recibido capacitación sobre el uso de extintores y otras medidas de seguridad en caso de tener que evacuar el edificio?</i> |    |    |               |
| <i>32 – Seguridad General</i>           | <i>¿Hay un responsable designado para afrontar emergencias?</i>  |    |    |               |
| <i>32 – Seguridad General</i>           | <i>¿Tiene personal de vigilancia durante las 24 horas?</i>   |    |    |               |
| <i>32 – Seguridad General</i>           | <i>¿Desarrolla actividades de mantenimiento preventivo a cargo de personal idóneo?</i>   |    |    |               |

**ESTABLECIMIENTOS POLIVALENTES CON INTERNACIÓN - PLANILLA DE AUTOEVALUACIÓN**

| ESTÁNDAR                     | CRITERIOS   | SI | NO | OBSERVACIONES |
|------------------------------|---|----|----|---------------|
| 32 - Seguridad General       | ¿Cuenta con un dispositivo de alarma general?   |    |    |               |
| 32 - Seguridad General       | ¿El establecimiento participa en los programas de defensa civil de la comunidad local?  |    |    |               |
| 32 - Seguridad General       | ¿Ha realizado simulacros de incendios y otras catástrofes?  |    |    |               |
| 33 - Planos                  | ¿Posee planos actualizados conforme a obra?   |    |    |               |
| 33 - Planos                  | ¿Los planos están:  |    |    |               |
| 33 - Planos                  | dibujados como mínimo en escala 1: 100?   |    |    |               |
| 33 - Planos                  | Disponibles en el establecimiento?  |    |    |               |
| 33 - Planos                  | ¿Cuenta con planos de:  |    |    |               |
| 33 - Planos                  | Estructuras?  |    |    |               |
| 33 - Planos                  | Cortes y Fachadas?  |    |    |               |
| 33 - Planos                  | ¿Posee un plan director físico-funcional?   |    |    |               |
| 34 - Accesos y circulaciones | ¿Los pacientes transportados acceden al edificio  |    |    |               |
| 34 - Accesos y circulaciones | Por vías de circulación vehicular de intensidad baja?   |    |    |               |
| 34 - Accesos y circulaciones | Por vías de circulación vehicular de intensidad media y alta?   |    |    |               |
| 34 - Accesos y circulaciones | En caso de acceder por vías de circulación de intensidad vehicular media y alta ¿cuenta con una dársena para el ingreso y estacionamiento de vehículos?         |    |    |               |
| 34 - Accesos y circulaciones | El acceso de pacientes en camilla ¿cuenta con una marquesina o alero de protección sobre el área de maniobra?   |    |    |               |
| 34 - Accesos y circulaciones | ¿Posee señalización de orientación en todas las circulaciones de uso público?   |    |    |               |
| 34 - Accesos y circulaciones | ¿Es fácilmente comprensible?  |    |    |               |
| 34 - Accesos y circulaciones | ¿Los accesos y desniveles están salvados con rampas y/o ascensores para facilitar el desplazamiento de pacientes con discapacidades permanentes o transitorias? |    |    |               |
| 34 - Accesos y circulaciones | ¿Los ascensores permiten el acceso de camillas y sillas de ruedas?  |    |    |               |
| 34 - Accesos y circulaciones | ¿Los sanitarios para público están adaptados para uso de discapacitados?  |    |    |               |
| 34 - Accesos y circulaciones | ¿Posee una caracterización físico-funcional de las circulaciones:   |    |    |               |
| 34 - Accesos y circulaciones | General   |    |    |               |
| 34 - Accesos y circulaciones | Técnica   |    |    |               |
| 34 - Accesos y circulaciones | semi-restringida  |    |    |               |
| 34 - Accesos y circulaciones | restringida   |    |    |               |
| 34 - Accesos y circulaciones | ¿Posee acceso diferenciado para vehículos y peatones?   |    |    |               |
| 34 - Accesos y circulaciones | ¿Posee acceso vehicular exclusivo para el servicio de emergencia con señalización adecuada?   |    |    |               |
| 34 - Accesos y circulaciones | ¿En los accesos de público hay personal asignado las 24 horas para orientación al público?  |    |    |               |



**ESTABLECIMIENTOS POLIVALENTES CON INTERNACIÓN - PLANILLA DE AUTOEVALUACIÓN**

| ESTÁNDAR                 | CRITERIOS  | SI | NO | OBSERVACIONES |
|--------------------------|--|----|----|---------------|
| 35 – Electricidad        | ¿Posee un sistema alternativo de iluminación en circulaciones y medios de salida que se ponga en marcha dentro del plazo de 3 minutos posteriores a un corte de energía? |    |    |               |
| 35 – Electricidad        | ¿Cuenta con un sistema alternativo de generación de energía en cada una de las áreas críticas:   |    |    |               |
| 35 – Electricidad        | Cirugía?   |    |    |               |
| 35 – Electricidad        | Partos?  |    |    |               |
| 35 – Electricidad        | Urgencias?   |    |    |               |
| 35 – Electricidad        | Áreas de tratamiento de pacientes críticos?  |    |    |               |
| 35 – Electricidad        | ¿Cuenta con un registro donde consta la periodicidad de mantenimiento, servicios periódicos preventivos, puesta en marcha?   |    |    |               |
| 35 – Electricidad        | ¿Todas las instalaciones de tomacorriente y conductores de instalaciones fijas cuentan con puesta a tierra?  |    |    |               |
| 35 – Electricidad        | ¿Cuenta con protecciones específicas para evitar shock eléctrico?  |    |    |               |
| 35 – Electricidad        | ¿Los equipos de electromedicina poseen puesta a tierra separada?   |    |    |               |
| <i>35 – Electricidad</i> | <i>¿El sistema alternativo de generación de energía posee arranque y transferencia automática?</i>   |    |    |               |
| <i>35 – Electricidad</i> | <i>¿Posee un sistema de energía ininterrumpida para el subsistema vital y monitoreo?</i>   |    |    |               |
| 36 – Agua y desagüe      | ¿Posee red interna de provisión de agua potable?   |    |    |               |
| 36 – Agua y desagüe      | ¿Todo el sistema de eliminación de excretas está entubado para aislarlo del medio ambiente?  |    |    |               |
| 36 – Agua y desagüe      | ¿La disposición final de aguas servidas y su canalización se ajustan a las normas vigentes de la jurisdicción?   |    |    |               |
| 36 – Agua y desagüe      | ¿Todos los depósitos tienen tapa construidas de tal modo que faciliten la inspección e impidan el ingreso de elementos indeseables?                                      |    |    |               |
| 36 – Agua y desagüe      | ¿Cuenta con normas activas de procedimientos de limpieza de tanques y cisternas?   |    |    |               |
| 36 – Agua y desagüe      | Escritas   |    |    |               |
| 36 – Agua y desagüe      | Aprobadas por la Dirección Médica  |    |    |               |
| 36 – Agua y desagüe      | Disponibles permanentemente  |    |    |               |
| 36 – Agua y desagüe      | Conocidas por quienes deben aplicarla  |    |    |               |
| 36 – Agua y desagüe      | Que indiquen:  |    |    |               |
| 36 – Agua y desagüe      | una limpieza anual, como mínimo, de todos los depósitos de agua, tanques de reserva y de bombeo que existieran?  |    |    |               |
| 36 – Agua y desagüe      | Responsabilidades acerca de la tarea de limpieza?  |    |    |               |
| 36 – Agua y desagüe      | Medios para llevarla a cabo?   |    |    |               |
| 36 – Agua y desagüe      | Registros de las acciones?   |    |    |               |
| 36 – Agua y desagüe      | ¿La provisión es de agua de pozo?  |    |    |               |



**ESTABLECIMIENTOS POLIVALENTES CON INTERNACIÓN - PLANILLA DE AUTOEVALUACIÓN**

| ESTÁNDAR                    | CRITERIOS   | SI | NO | OBSERVACIONES |
|-----------------------------|---|----|----|---------------|
| 36 – Agua y desagüe         | Si la provisión es por agua de pozo   |    |    |               |
| 36 – Agua y desagüe         | ¿Efectúa análisis de potabilidad cada 6 meses?  |    |    |               |
| 36 – Agua y desagüe         | ¿Asegura disponibilidad de agua para un mínimo de 24 horas?   |    |    |               |
| 36 – Agua y desagüe         | ¿Suministra agua caliente y fría en todas las instalaciones sanitarias durante las 24 hs.?  |    |    |               |
| <i>36 – Agua y desagüe</i>  | <i>¿Las actividades de mantenimiento está a cargo de personal técnico especializado?</i>  |    |    |               |
| 37 - Servicio Social        | ¿Cuenta con un Servicio Social?   |    |    |               |
| 37 - Servicio Social        | ¿Cuenta por lo menos con un profesional de Servicio Social matriculado o profesional afin reconocido en la jurisdicción?                  |    |    |               |
| 37 - Servicio Social        | ¿Cuenta con una oficina para realizar las entrevistas de tamaño y complejidad acorde con la demanda del establecimiento?                  |    |    |               |
| 37 - Servicio Social        | ¿Existen normas activas sobre el acceso a los servicios sociales de los entes financiadores:  |    |    |               |
| 37 - Servicio Social        | Escritas?   |    |    |               |
| 37 - Servicio Social        | Aprobadas por la Dirección Médica?  |    |    |               |
| 37 - Servicio Social        | Disponibles permanentemente?  |    |    |               |
| 37 - Servicio Social        | Conocidas por quienes deben aplicarla?  |    |    |               |
| 37 - Servicio Social        | ¿Existen normas activas sobre procedimientos del servicio social:   |    |    |               |
| 37 - Servicio Social        | Escritas?   |    |    |               |
| 37 - Servicio Social        | Aprobadas por la Dirección Médica?  |    |    |               |
| 37 - Servicio Social        | Disponibles permanentemente?  |    |    |               |
| 37 - Servicio Social        | Conocidas por quienes deben aplicarla?  |    |    |               |
| 37 - Servicio Social        | Que contengan instrucciones sobre:  |    |    |               |
| 37 - Servicio Social        | Confección de la historia social?   |    |    |               |
| 37 - Servicio Social        | Revisión de casos?  |    |    |               |
| 37 - Servicio Social        | Detección de grupos de riesgo?  |    |    |               |
| 37 - Servicio Social        | ¿Se revisan periódicamente?   |    |    |               |
| 37 - Servicio Social        | ¿La Historia Social está (MUESTRA &):   |    |    |               |
| 37 - Servicio Social        | archivada en un lugar específico?   |    |    |               |
| 37 - Servicio Social        | disponible?   |    |    |               |
| <i>37 - Servicio Social</i> | <i>¿Se desarrollan programas asistenciales y preventivos, con objetivos institucionales de extensión comunitaria?</i>                     |    |    |               |
| 38 – Biblioteca             | ¿Cuenta con un área de Biblioteca?  |    |    |               |
| 38 – Biblioteca             | ¿Cuenta con un sistema computarizado con acceso remoto a centros bibliográficos, bancos de datos científicos, internet, etc.?             |    |    |               |
| 38 – Biblioteca             | Las terminales del mismo ¿están disponibles en todos los lugares con acceso a profesionales asistenciales durante 12 horas diarias o más? |    |    |               |
| 38 – Biblioteca             | ¿Cuenta con publicaciones actualizadas  |    |    |               |

**ESTABLECIMIENTOS POLIVALENTES CON INTERNACIÓN - PLANILLA DE AUTOEVALUACIÓN**

| ESTÁNDAR                   | CRITERIOS   | SI | NO | OBSERVACIONES |
|----------------------------|---|----|----|---------------|
| 38 – Biblioteca            | Acerca de las clínicas básicas y emergencia?  |    |    |               |
| 38 – Biblioteca            | En forma de tratados, manuales y revistas?  |    |    |               |
| 38 – Biblioteca            | ¿Los textos están disponibles para su consulta dentro del establecimiento?  |    |    |               |
| 38 – Biblioteca            | ¿La biblioteca se halla a cargo de personal que lleva:  |    |    |               |
| 38 – Biblioteca            | Un fichero manual o electrónico por temas?  |    |    |               |
| 38 – Biblioteca            | Un control de ingresos y egresos de material bibliográfico?   |    |    |               |
| 38 – Biblioteca            | ¿Funciona 6 horas diarias o más, de lunes a viernes?  |    |    |               |
| <i>38 – Biblioteca</i>     | <i>¿Cuenta con suscripción a revistas científicas?</i>  |    |    |               |
| <i>38 – Biblioteca</i>     | <i>¿Cuenta con personal exclusivo?</i>  |    |    |               |
| <i>38 – Biblioteca</i>     | <i>¿Existe un programa de incorporación de material bibliográfico, a cargo de la dirección médica y/a propuesta del cuerpo médico?</i>  |    |    |               |
| <i>38 – Biblioteca</i>     | <i>¿Cuenta con un Comité que elabora el programa bibliográfico anual?</i>   |    |    |               |
| <i>38 – Biblioteca</i>     | <i>¿El encargado tiene formación bibliotecológica especializada?</i>  |    |    |               |
| 39 - Autoevaluación        | ¿Existe un proceso consciente y crítico de análisis de las actividades asistenciales través de al menos uno de los siguientes mecanismos: ateneos, revisión y discusión de casos, revisión de temas, evaluación de normas, pases de sala? |    |    |               |
| 39 - Autoevaluación        | ¿Cuenta con profesionales y/o Comités de Auditoría o Garantía de Calidad que implementen mecanismos de corrección de los errores detectados?  |    |    |               |
| <i>39 - Autoevaluación</i> | <i>¿Se efectúan encuestas de satisfacción de los usuarios?</i>  |    |    |               |
| <i>39 - Autoevaluación</i> | <i>¿Cuenta con un reglamento médico que estipula normas para el ingreso de los profesionales, tipo de profesionales, obligaciones y derechos, condiciones de trabajo, etc.?</i>   |    |    |               |

## ITAES - ESTABLECIMIENTOS POLIVALENTES - AUTOEVALUACIÓN DE HC

### MUESTRA 1: PACIENTES INTERNADOS

CRITERIO DE SELECCIÓN: Seleccionar 20 HC de pacientes egresados durante los 3 meses anteriores a la fecha de evaluación.

| INDICADORES   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | %<br>Esperado | SI | NO |  |  |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|---------------|----|----|--|--|
| Existencia de la Historia Clínica                                       |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |               | 80 |    |  |  |
| Disponibilidad  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |               |    |    |  |  |
| Firma del profesional interviniente                                     |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |               |    |    |  |  |
| Diagnóstico de egreso, epicrisis o cierre                               |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |               |    |    |  |  |
| Actualización al día anterior   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |               |    |    |  |  |
| Consentimiento informado  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |               |    |    |  |  |
| Parámetros vitales.(pulso, temperatura, respiración y tensión arterial) |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |               |    |    |  |  |
| Procedimientos de enfermería  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |               |    |    |  |  |
| Medicación y soluciones administradas                                   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |               |    |    |  |  |
| Admisión y observaciones sobre el estado del paciente internado         |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |               |    |    |  |  |
| Fecha   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |               |    |    |  |  |
| Hora  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |               |    |    |  |  |
| Firma del/la enfermera/o  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |               |    |    |  |  |
| número de matrícula del/la enfermera/o                                  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |               |    |    |  |  |
| 8 horas de periodicidad en el registro de los parámetro vitales         |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |               |    |    |  |  |
| Indicaciones alimentarias   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |               |    |    |  |  |

### MUESTRA 2: PACIENTES AMBULATORIOS

CRITERIO DE SELECCIÓN: 20 HC de pacientes atendidos en Consultorios Externos durante los 3 meses anteriores a la fecha de evaluación.

| INDICADORES                         | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | %<br>Esperado | SI | NO |  |  |
|-------------------------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|---------------|----|----|--|--|
| Existencia de la Historia Clínica   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |               | 80 |    |  |  |
| Firma del profesional interviniente |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |               |    |    |  |  |
| Fecha                               |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |               |    |    |  |  |
| Motivo de consulta o diagnóstico    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |               |    |    |  |  |
| Estudios solicitados                |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |               |    |    |  |  |
| Datos del profesional               |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |               |    |    |  |  |
| Tratamiento propuesto               |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |               |    |    |  |  |

## ITAES - ESTABLECIMIENTOS POLIVALENTES - AUTOEVALUACIÓN DE HC

### MUESTRA 3: PACIENTES INTERVENIDOS QUIRÚRGICAMENTE

CRITERIO DE SELECCIÓN: 20 HC de pacientes intervenidos quirúrgicamente durante los 3 meses anteriores a la fecha de evaluación.

| INDICADORES                         | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | %<br>Esperado | SI | NO |  |
|-------------------------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|---------------|----|----|--|
| Existencia de Protocolo Quirúrgico  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |               | 80 |    |  |
| Existencia de Protocolo Anestésico. |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |               |    |    |  |
| Existencia de evaluación anestésica |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |               |    |    |  |

### MUESTRA 4: PACIENTES DE LA UNIDAD DE CUIDADOS CRÍTICOS

CRITERIO DE SELECCIÓN: 20 HC de pacientes asistidos en la Unidad de Cuidados Críticos durante los 3 meses anteriores a la fecha de evaluación.

| INDICADORES  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | %<br>Esperado | SI  | NO |  |
|--|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|---------------|-----|----|--|
| Procedimientos de Enfermería (signos vitales, balance hidrosalino, etc.) |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |               | 80  |    |  |
| Evolución diaria del paciente.   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |               |     |    |  |
| Monitoreo electrocardiográfico, pulso, FR                                |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |               | 100 |    |  |
| Monitoreo de ARM con registro de gases en sangre.                        |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |               |     |    |  |
| Resultados de los análisis de laboratorio                                |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |               | 80  |    |  |

### MUESTRA 5: PACIENTES EN REHABILITACIÓN

CRITERIO DE SELECCIÓN: 20 HC de pacientes asistidos en el Servicio de Rehabilitación durante los 3 meses anteriores a la fecha de evaluación.

| INDICADORES                           | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | %<br>Esperado | SI  | NO |  |
|---------------------------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|---------------|-----|----|--|
| Fecha                                 |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |               | 100 |    |  |
| Hora                                  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |               |     |    |  |
| Registro de las prácticas efectuadas. |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |               | 80  |    |  |

## ITAES - ESTABLECIMIENTOS POLIVALENTES - AUTOEVALUACIÓN DE HC

### MUESTRA 6: PACIENTES ASISTIDOS POR EL SERVICIO SOCIAL

CRITERIO DE SELECCIÓN: 20 HC de pacientes asistidos en el Servicio Social durante los 3 meses anteriores a la fecha de evaluación.

| INDICADORES                   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | % Esperado | SI | NO |  |
|-------------------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|------------|----|----|--|
| Existencia de Historia Social |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |            | 80 |    |  |
| Disponibilidad                |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |            |    |    |  |

### MUESTRA 7: PACIENTES ASISTIDOS EN NEONATOLOGIA

CRITERIO DE SELECCIÓN: 20 HC de pacientes asistidos en el Servicio de Neonatología durante los 3 meses anteriores a la fecha de evaluación.

| INDICADORES                           | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | % Esperado | SI  | NO |  |
|---------------------------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|------------|-----|----|--|
| Evolución diaria del paciente.        |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |            | 80  |    |  |
| Medidas de soporte vital.             |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |            |     |    |  |
| Métodos de monitoreo efectuado        |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |            | 100 |    |  |
| Uso de scores de gravedad al ingreso. |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |            |     |    |  |
| Condiciones de egreso.                |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |            |     |    |  |

#### PROCEDIMIENTOS Y OBSERVACIONES DE ENFERMERÍA

|   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |
|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|-----|--|--|--|
| Signos vitales  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 100 |  |  |  |
| Parámetros de asistencia respiratoria mecánica                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |
| Indicaciones cumplidas  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |
| Dosis, frecuencias y todo dato importante para el seguimiento |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |
| Diagnóstico de ingreso.                                       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |
| Diagnóstico de egreso   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |
| Firma del Responsable   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |

#### VERIFICAR EN LOS CASOS EN QUE CORRESPONDA:

|   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |
|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|-----|--|--|
| Características de la reanimación y del transporte. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 100 |  |  |
| Información a los padres                            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 80  |  |  |
| Consentimiento paterno                              |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |

#### EN CASO DE FALLECIMIENTO:

|   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |
|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|-----|--|--|--|
| Evolución detallada de las últimas 24 horas.          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 100 |  |  |  |
| Procedimientos de reanimación involucrados.           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |
| Presuntas causas y desencadenantes del fallecimiento. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |