

	Título documento:	Protocolo de requisitos de Consultas y Clínicas Dentales – C.2.5.1. y U.44.			
	Inspección de Servicios Sanitarios	Fecha edición:	2017	Fecha última versión:	2017
	Programa de:	Centros y Servicios Sanitarios		Versión	1

PROTOCOLO DE REQUISITOS DE CONSULTAS Y CLÍNICAS DENTALES – C.2.5.1 Y U.44.

C.2.5.1 - Clínicas dentales: centros sanitarios en los que se realizan actividades sanitarias en el ámbito de la salud bucodental.

U.44 – Odontología/estomatología: unidad asistencial en la que un odontólogo o estomatólogo es responsable de realizar actividades profesionales encaminadas a la promoción de la salud bucodental, llevando a cabo la prevención, diagnóstico y tratamiento de las anomalías y enfermedades de los dientes, la boca, los maxilares y los tejidos anejos en el individuo y en la comunidad, así como la prescripción de medicamentos, prótesis y productos sanitarios en el ámbito de su ejercicio profesional.

CENTRO:

NICA:

INSPECTOR ACTUANTE:

FECHA:

REPRESENTANTE DEL CENTRO PRESENTE EN LA VISITA:

Nombre:

En calidad de:

Director técnico asistencial: Nombre y titulación.

TIPO DE SOLICITUD ADMINISTRATIVA DE ACTIVIDAD.

Autorización Funcionamiento (AF) ☐	Renovación (R) ☐
Modificación oferta asistencial ☐	Modificación por alteraciones estructurales ☐
Actividad programada (AP) ☐	

CARTERA ASISTENCIAL / ACTIVIDAD ASISTENCIAL (Servicios, técnicas, tecnologías y procedimientos) de cada una de las Unidades Asistenciales solicitadas.

	SI	NO
- Endodoncia.	☐	☐
- Periodoncia.	☐	☐
- Restauraciones.	☐	☐
- Exodoncia.	☐	☐
- Ortodoncia.	☐	☐
- Cirugía bucal.	☐	☐
- Cirugía periapical.	☐	☐
- Implantología.	☐	☐
- Implantes de tejido óseo (U.96).	☐	☐
- Prótesis dentales.	☐	☐
- Blanqueamiento dental.	☐	☐
- Sedación con óxido nitroso.	☐	☐
- Plasma rico en plaquetas.	☐	☐
- Otros (especificar).	☐	☐

ÍNDICE DEL PROTOCOLO DE REQUISITOS MÍNIMOS EXIGIBLES A CONSULTAS Y CLÍNICAS DENTALES – C.2.5.1 Y U.44.

A) DATOS DEL CENTRO SANITARIO.	Pg.	1
B) CARTERA ASISTENCIAL.	Pg.	2
C) PROTOCOLO DE CONSULTAS Y CLÍNICAS DENTALES.		
1.- DERECHO Y GARANTÍA DE LOS PACIENTES.	Pg.	4
1.1.- DERECHO A LA INTIMIDAD.	Pg.	5
1.2.- DERECHO A LA INFORMACIÓN (ASISTENCIAL Y NO ASISTENCIAL) Y DOCUMENTACIÓN CLÍNICA.	Pg.	5
1.3.- DERECHO A LA TOMA DE DECISIONES AUTÓNOMAS (CONSENTIMIENTO INFORMADO).	Pg.	6
1.4.- DERECHO A LA PROTECCION DE LA CONFIDENCIALIDAD DE LOS DATOS PERSONALES Y DE LA INFORMACIÓN CLÍNICA.	Pg.	8
1.5.- DERECHO DE PARTICIPACIÓN DE LA CIUDADANÍA.	Pg.	9
1.6.- DERECHO A LA SEGURIDAD DEL PACIENTE.	Pg.	10
2.- SEGURIDAD DEL PACIENTE.	Pg.	10
2.1.- IDENTIFICACIÓN INEQUÍVOCA DE LA PERSONA.	Pg.	10
2.2.- PREVENIR INFECCIONES RELACIONADAS CON LA ATENCIÓN SANITARIA.	Pg.	11
2.3.- USO SEGURO DE LA MEDICACIÓN Y PRODUCTOS SANITARIOS.	Pg.	12
2.4.- SEGURIDAD EN EL USO DE INFRAESTRUCTURAS Y EQUIPAMIENTO.	Pg.	13
3.- ORGANIZACIÓN Y FUNCIONAMIENTO.	Pg.	15
4.- PROCESO ASISTENCIAL.	Pg.	17
5.- RESULTADOS.	Pg.	18
6.- EQUIPAMIENTO.	Pg.	19
6.1.- EQUIPAMIENTO GENERAL.	Pg.	19
6.2.- EQUIPAMIENTO ESPECÍFICO.	Pg.	20
7.- PERSONAL SANITARIO.	Pg.	21
8.- REALIZACIÓN DE INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS FUERA DEL CENTRO.	Pg.	22
RELACIÓN DE DOCUMENTOS QUE DEBEN ESTAR DISPONIBLES DURANTE LA VISITA DE INSPECCIÓN.	Pg.	23

1.- DERECHOS Y GARANTÍAS DE LOS PACIENTES.

En los Centros Sanitarios se debe garantizar el desarrollo efectivo de los derechos fundamentales de las personas que son atendidas, desde el primer contacto con el mismo, durante todo el recorrido del proceso asistencial, hasta su finalización. Derechos fundamentales como la intimidad, la confidencialidad, la información, la toma de decisiones, la negativa al tratamiento, etc. los cuales cuentan con una extensa base jurídica para su desarrollo, se constituyen como un eje básico de las relaciones clínico-asistenciales.

1.1.- DERECHO A LA INTIMIDAD.

En el Centro se garantiza el **derecho a la intimidad y privacidad de las personas**, tanto para facilitar la información como para la prestación de la atención sanitaria.

C.2.5.1.-U.44. DG.01

El Centro dispone de espacios y de recursos que permitan **la protección de la intimidad y de la privacidad** de la persona (**visual y auditiva**), que serán de dimensiones suficientes según la naturaleza del Centro y su volumen de actividad.

Para afirmarlo, deberá:

	SI	NO	N/A
• Cuenta con un área de recepción, información y/o atención a los usuarios, que debe disponer de espacio suficiente y de medidas estructurales y/o organizativas (sistema de separación, bandas de espere su turno, etc.) que permitan la privacidad y una atención individualizada, y está equipada con un pequeño almacén o archivo de 0,50 m³.	☐	☐	
• Dispone de sala de espera con capacidad y mobiliario adecuados que garanticen la confortabilidad de los usuarios.	☐	☐	
• Cuenta con una zona reservada o habitáculo, con un nivel adecuado de intimidad, para la información a los usuarios y, en su caso a los familiares de estos. Esta zona puede corresponderse con la propia consulta o bien el Centro puede disponer de otro espacio destinado a tal fin (despacho, área habilitada,...)	☐	☐	☐
• Dispone de consulta o despacho profesional que permite llevar a cabo la atención sanitaria garantizando la intimidad de la persona. Este área se dedicará exclusivamente a la actividad terapéutica propia de estos centros.	☐	☐	
• El lugar donde se encuentran las instalaciones se sitúa preferentemente de forma independiente, y se encuentra aislado acústicamente.	☐	☐	
OBSERVACIONES:			
VERIFICACIÓN:			
Visita del Centro			

	SI	NO
C.2.5.1.-U.44. DG.02 La distribución de los locales del centro y la ubicación de su equipamiento coincide con los planos a escala aportados en el expediente.	☐	☐
OBSERVACIONES:		
VERIFICACIÓN:		
AF: Observación directa, comprobando la correspondencia entre los planos y las distintas zonas.		

1.2.- DERECHO A LA INFORMACIÓN (ASISTENCIAL Y NO ASISTENCIAL) Y DOCUMENTACIÓN CLÍNICA.

Los Centros sanitarios y los profesionales que intervienen en la actividad asistencial están obligados no sólo a la correcta prestación de sus técnicas, sino al cumplimiento de los **deberes de información y de documentación clínica**, y al respeto de las decisiones adoptadas libre y voluntariamente por el paciente.

	SI	NO
C.2.5.1.-U.44. DG.03 El Centro Sanitario difunde información sobre su funcionamiento (servicios y unidades asistenciales disponibles, cartera de servicios, cuadro de profesionales, horarios, ubicación, requisitos de acceso, etc.) así como otra información que considera de interés, ya sea en soporte papel o electrónico.	☐	☐
Para afirmarlo, deberá:		
Cumplir la normativa de aplicación en materia de Publicidad (Real Decreto 1907/1.996, art. 5 del Decreto 69/2008). La publicidad debe ser acorde con el contenido de la autorización sanitaria¹.	☐	☐
En lugar destacado del área de recepción, figurar una relación completa del personal sanitario del centro, con expresión de la titulación profesional que ostenta.	☐	☐
OBSERVACIONES:		
¹ Se observará el texto de la publicidad prevista por el centro: la identificación exterior del centro, en la publicidad impresa que exista en el interior del centro, en folletos, en páginas webs, en vallas publicitarias, etc. Esta publicidad no podrá hacer alusión a terapéuticas sin evidencia científica.		
VERIFICACIÓN:		
AF, R y AP: Comprobar si la publicidad que realiza es acorde a la cartera de servicios ofertada. Comprobar si la publicidad se considera engañosa:		
1.- En relación con los servicios: que utilice o mencione medios diagnósticos, de prevención, curación, antisepsia o de cualquier otro tipo, de obligada u obvia necesidad o de uso generalizado para el desarrollo de la actividad; que ofrezca garantía de los productos o de los tratamientos "de por vida" o por plazos superiores a los que fueren razonables, según criterios científicos del momento.		
2.- En relación con los tratamientos: que prometa determinados resultados o induzca a la creencia de que se va a producir determinado resultado, o que proporcione seguridades de alivio o de curación cierta; que haga referencia al dolor en los tratamientos, o a la duración de los mismos; que haga referencia a tratamientos cuyos efectos preventivos o terapéuticos no estuvieran respaldados por suficientes pruebas científicas o técnicas acreditadas.		

	SI	NO	N/A
C.2.5.1.-U.44. DG.04 La identificación de los profesionales debe permitir a los usuarios conocer al profesional que le atiende y al profesional de referencia en cada momento del proceso asistencial, así como identificar la categoría profesional y funciones desarrolladas.	☐	☐	☐
Para afirmarlo:			
La totalidad de los profesionales del Centro Sanitario, que facilitan información y/o prestan la asistencia, llevan identificación personal visible.	☐	☐	☐
OBSERVACIONES:			
El N/A solo se aplica en consultas unipersonales.			
VERIFICACIÓN:			
R Y AP: Observación directa.			

	SI	NO	N/A
C.2.5.1.-U.44. DG.05 El Centro garantiza el derecho a la información clínica del paciente , información que como regla general será verbal, dejando siempre constancia en la historia clínica de la información obtenida en todos sus procesos asistenciales, que como mínimo, comprende la finalidad y la naturaleza de cada actuación sanitaria, sus riesgos y sus consecuencias, así como, la identificación de los médicos y de demás profesionales que han intervenido en ellos.	☐	☐	
Para afirmararlo, deberá:			
• Que quede constancia escrita o en soporte técnico de su proceso, guardando la información en su historia clínica ¹ . La información, que deberá ser al menos única por institución sanitaria, incluirá estado de salud y evolución, así como pruebas y tratamientos que recibe.	☐	☐	
• Disponer la historia clínica de los contenidos mínimos establecidos en el artículo 15.2 de la Ley 41/2002 de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente.	☐	☐	
• Contar con un modelo de Informe de Asistencia para entregar a los pacientes, de forma que se asegure el derecho a recibir un informe clínico sobre las actuaciones sanitarias prestadas en el Centro.	☐	☐	☐
• Recibir un informe de alta ² al finalizar su estancia en una institución hospitalaria, al dar por finalizada la consulta en atención especializada, y al alta en urgencias.	☐	☐	☐
OBSERVACIONES:			
¹ Los contenidos mínimos serán: a) La documentación relativa a la hoja clínicoestadística. d) La anamnesis y la exploración física. e) La evolución. f) Las órdenes médicas. g) La hoja de interconsulta. h) Los informes de exploraciones complementarias. m) La evolución y planificación de cuidados de enfermería. n) La aplicación terapéutica de enfermería. Los párrafos b), c), i), j), k), l), ñ) y o) sólo serán exigibles en la cumplimentación de la historia clínica cuando se trate de procesos de hospitalización o así se disponga. b) La autorización de ingreso. c) El informe de urgencia. i) El consentimiento informado. j) El informe de anestesia. k) El informe de quirófano o de registro del parto. l) El informe de anatomía patológica. ñ) El gráfico de constantes. o) El informe clínico de alta.			
² El Informe de Alta tendrá estos contenidos mínimos: datos de la persona, un resumen de su historial clínico, la actividad asistencial prestada, el diagnóstico y las recomendaciones terapéuticas.			
VERIFICACIÓN:			
Solicitar los distintos documentos que constituyen la historia clínica.			

1.3.- DERECHO A LA TOMA DE DECISIONES AUTÓNOMAS (CONSENTIMIENTO INFORMADO)

Los profesionales deben respetar el derecho de la **participación de las personas** en las tomas de decisiones sanitarias que les afecten. Asimismo, deben ofrecer una **información suficiente y adecuada** para que el paciente pueda ejercer su **derecho al consentimiento** sobre dichas decisiones.

	SI	NO	N/A
C.2.5.1.-U.44. DG.06 El Centro promueve que sus profesionales faciliten una información veraz, pertinente, suficiente, comprensible y adecuada a las necesidades de la persona, sobre las actuaciones a realizar, ya sean para el diagnóstico como para el tratamiento y de las alternativas posibles, de forma que le permita participar en la decisión y elegir libremente con conocimiento. Se realiza con el paciente, un proceso válido de información y obtención del consentimiento o rechazo previo a la toma de decisiones clínicas.	☐	☐	
Para afirmarlo, deberá: • Quedar registrado en la Historia Clínica de la persona, el proceso verbal de Consentimiento Informado (información facilitada y decisión tomada).	☐	☐	☐
• Disponer de formularios de Consentimiento Informado por escrito (Cie) sólo para las actuaciones sanitarias que establece la Ley 41/2002 básica de autonomía del paciente: intervención quirúrgica, procedimientos diagnósticos y terapéuticos invasores y en general para aplicación de procedimientos que suponen riesgos o inconvenientes de notoria y previsible repercusión negativa sobre la salud del paciente, siendo específico para cada una de estas actuaciones sanitarias.	☐	☐	
• La estructura de contenidos de los formularios de Consentimiento Informado por escrito atiende a los preceptos establecidos en la Ley 41/2002 de 14 de noviembre, básica de autonomía del paciente (art. 8.3 y 10) ¹	☐	☐	
• Entregar al paciente una copia del formulario de Cie, quedando archivado el original en su Historia Clínica.	☐	☐	
• Dejar registrado en la Historia Clínica o en el formulario de Cie la negativa al tratamiento, en caso de rechazo por el paciente.	☐	☐	
• Disponer de formularios de Consentimiento Informado escrito adecuados, accesibles y comprensibles a las personas con discapacidad (Ej. traducidos a otros idiomas, adaptados a personas con déficit sensoriales, etc.) con el fin de facilitar una información clara y comprensible, para que puedan decidir libremente.	☐	☐	
OBSERVACIONES: El primer punto (registro del proceso verbal) solo es aplicable en centros en funcionamiento.			
VERIFICACIÓN:			
¹ AF: comprobar que los formularios de Cie tienen la estructura de contenidos establecidos: nombre del procedimiento, parte destinada a la información clínica, identificación del paciente o su representante, identificación de los profesionales que intervienen en el proceso de información y/o consentimiento, riesgos generalizados y específicos personalizados, contraindicaciones y alternativas, parte destinada al consentimiento, para el rechazo de la intervención y para la revocación del consentimiento, firma del paciente o de representante, firma del facultativo y fecha y lugar de firma del formulario. (Orden de 8 de julio de 2009, BOJA núm.152 de 6 de agosto). R y AP: Comprobar en la historia clínica el registro de la toma de decisiones sanitarias (consentimiento o rechazo a tratamientos, pruebas, voluntades anticipadas etc.). En caso de procedimientos quirúrgicos, se tomarán de intervenciones programadas, realizadas por diferentes profesionales y distintos diagnósticos, comprobándose si cuentan con CI escrito de procesos quirúrgicos y anestesia.			

1.4.- DERECHO A LA PROTECCIÓN DE LA CONFIDENCIALIDAD DE LOS DATOS PERSONALES Y DE LA INFORMACIÓN CLÍNICA.

El Centro garantiza la **confidencialidad de la información y la protección de los datos personales de los pacientes**, haciendo un uso adecuado de los mismos, especialmente los contenidos en la documentación e Historia Clínica. Asimismo adoptarán las medidas oportunas para garantizar los **derechos de conservación, mantenimiento y custodia**, y elaborarán normas y procedimientos/protocolos que garanticen el **acceso legal a los datos** de los pacientes y a que nadie pueda acceder a ellos sin previa autorización amparada por la Ley.

	SI	NO
C.2.5.1.-U.44. DG.07 El Centro evita actuaciones que vulneren la confidencialidad y la protección de los datos personales de las personas que son atendidas, especialmente la publicación de información personal no autorizada por los pacientes.	☐	☐
Para afirmarlo, deberá:		
No exponer listados de pacientes en áreas (paredes, paneles, puertas, etc.) de recepción, consulta, exploración, diagnósticas, de tratamiento u otras.	☐	☐
No difundir actos médicos fotografiados y/o filmados que permitan la identificación de la persona sin su previo consentimiento expreso.	☐	☐
OBSERVACIONES:		
VERIFICACIÓN:		
R Y AP: Observación directa.		

	SI	NO
C.2.5.1.-U.44. DG.08 El Centro tiene la obligación de archivar la documentación y la historia clínica de sus pacientes, cualquiera que sea el soporte (papel, audiovisual, informático o de otro tipo) de manera que queden garantizadas su seguridad, su correcta conservación y mantenimiento, y la recuperación de la información, a efectos de garantizar la trazabilidad.	☐	☐
Para afirmarlo, deberá:		
Disponer de procedimiento protocolizado de uso de la historia y adoptar las medidas técnicas y organizativas adecuadas para archivar y proteger la historia clínica, que permitan la localización de la misma, la trazabilidad y evitar su destrucción o su pérdida accidental (Ley 41/2002, de 14 de noviembre).	☐	☐
Disponer de un sistema de archivo seguro (espacio adecuado, de equipos y material de archivo, persona responsable) para la documentación e historia clínica, con un sistema de custodia, activo y diligente, y medidas técnicas que garanticen la seguridad y confidencialidad de los ficheros que contienen datos de carácter personal, en el sentido que establece la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal.	☐	☐
OBSERVACIONES:		
VERIFICACIÓN:		
Comprobar que el procedimiento establecido contiene las medidas necesarias para dar respuesta a lo establecido en la normativa vigente. Si la documentación y la historia clínica se encuentra en formato papel, comprobar el sistema de archivo y el sistema de custodia, y especialmente si existe un responsable de ambos sistemas.		

	SI	NO	N/A
C.2.5.1.-U.44. DG.09 El Centro establece métodos que posibilitan el acceso a la información e historia clínica por los profesionales en el ejercicio de sus funciones (recordando que están sujetos al deber de secreto) y garantizando que no sea accesible a ninguna persona ajena al proceso de atención. Asimismo, el Centro garantiza el derecho de acceso de los pacientes a la información e historia clínica, y a obtener copia de los documentos y datos que figuran en ella, cumpliendo con las normas establecidas en la Ley 41/2002.	☐	☐	
Para afirmarlo, deberá:			
• Disponer de un procedimiento/protocolo de protección de la confidencialidad que regule y garantice la observancia de estos derechos de uso y acceso a la información e historia clínica, tanto en lo relacionado con los profesionales como con los pacientes y familiares/representantes.	☐	☐	
• Cuando se utilicen equipos informáticos para recoger y almacenar datos de salud de los pacientes, además de ser declarados los ficheros a la Agencia Española de Protección de Datos, cuentan con accesos restringidos y los datos se encriptan.	☐	☐	☐
OBSERVACIONES:			
VERIFICACIÓN:			

1.5.- DERECHO DE PARTICIPACIÓN DE LA CIUDADANÍA.

En los Centros sanitarios, los usuarios tienen derecho a la información sobre **guías/fórmulas de participación, sugerencias, quejas y reclamaciones**. El tener en cuenta la opinión de los pacientes constituye un importante instrumento para mejorar. Las opiniones expresadas en quejas, reclamaciones, sugerencias, encuestas de satisfacción son una fuente imprescindible para recoger una valiosa información, que posibilita adoptar medidas de mejora, evitar errores y en resumen, aumentar la calidad asistencial y la satisfacción de los usuarios.

	SI	NO
C.2.5.1.-U.44. DG.10 El Centro establece procedimientos y sistemas para garantizar el efectivo desarrollo de estos preceptos.	☐	☐
Para afirmarlo, deberá:		
• Disponer de hoja de quejas y reclamaciones de las personas usuarias de Andalucía, establecido en el Decreto 72/2008 de 4 de marzo.	☐	☐
• Tener establecido un procedimiento para la gestión de las reclamaciones que contempla circuitos, plazos, informes y responsables de los mismos; designa la persona en que recae la responsabilidad del análisis y respuesta de las reclamaciones realizadas y establece un mecanismo de implantación de acciones de mejora o correctivas en su caso y la difusión de estas a los profesionales del Centro.	☐	☐
• Contar con un procedimiento para verificar la satisfacción del usuario: encuestas y/o cuestionarios de satisfacción, grupos focales, buzón de quejas y sugerencias.	☐	☐
OBSERVACIONES: Si el centro dispusiera de un sistema de hoja de quejas y reclamaciones diferente al establecido por la Junta de Andalucía, destacarlo en el informe.		

VERIFICACIÓN:

AF: solicitar los diversos documentos a los que hacen referencia los puntos anteriores y analizar si los contenidos de los procedimientos se adecuan a lo establecido.

R y AP: Se comprobará la existencia del libro de quejas y reclamaciones de las personas usuarias de Andalucía, y la aplicación del procedimiento establecido para la resolución de las reclamaciones mediante el estudio de las reclamaciones existentes, en el año en curso.

Se comprobará si se evalúan periódicamente las quejas, reclamaciones y las encuestas de satisfacción y si se han producido cambios en la unidad como consecuencia de la implantación de medidas correctoras derivadas de esa evaluación.

1.6.- DERECHO A LA SEGURIDAD DEL PACIENTE.

El Centro y sus profesionales deben garantizar que el paciente esté libre de daño durante su estancia en el Centro y en el proceso de atención sanitaria, incorporando medidas y prácticas relacionadas con la **seguridad del paciente**.

	SI	NO	N/A
C.2.5.1.-U.44. DG.11 El Centro sanitario es un Centro libre de humo de tabaco . El Centro garantiza la protección a sus usuarios del efecto dañino del tabaco durante su estancia en el mismo, cumpliendo con la normativa en vigor y ejerciendo un papel de modelo para la ciudadanía ante el consumo de tabaco.	☐	☐	
Para afirmarlo, deberá:			
• Disponer de carteles que prohíban el consumo de tabaco en el Centro, establecidos por la normativa antitabaco vigente.	☐	☐	
• Tener establecidas medidas que eviten el consumo de tabaco en el Centro por parte de pacientes y profesionales, y de detección de señales de incumplimiento de la normativa antitabaco (colillas, humo, etc.).	☐	☐	☐
OBSERVACIONES: Las medidas que eviten el consumo de tabaco solo se solicitarán en centros sanitarios de cierta complejidad (centros polivalentes, de CMA , etc.).			
VERIFICACIÓN:			
AF, R y AP: Observación directa.			

2.- SEGURIDAD DEL PACIENTE.

El Centro debe garantizar la seguridad del paciente desarrollando actuaciones que la incrementen, con el propósito de eliminar el daño evitable del paciente durante su atención.

2.1.- IDENTIFICACIÓN INEQUÍVOCA DE LA PERSONA.

El Centro garantiza una **segura identificación de los pacientes** antes de ser atendidos, especialmente previa a la realización de procedimientos diagnósticos y/o terapéuticos, o antes de la administración de medicamentos y hemoderivados.

	SI	NO
C.2.5.1.-U.44. SP.01 El Centro aplica medidas para la identificación inequívoca de la persona (tres códigos identificativos diferentes: nombre y apellidos, fecha de nacimiento y DNI) en la recepción y/o contacto con el paciente.	☐	☐
Para afirmarlo, deberá:		

• Disponer de un sistema de registro de pacientes, en el que deben constar estos datos, además de su filiación, fecha, hora y profesional sanitario que le atendió, permitiendo garantizar la trazabilidad de la atención prestada.	☐	☐
• Dejar constancia de estos datos identificativos en toda documentación (solicitudes de pruebas complementarias, informes, etc.) y/o historia clínica del paciente.	☐	☐
OBSERVACIONES:		
VERIFICACIÓN:		
AF, R y AP: Solicitar un documento o protocolo que establezca los procedimientos y circuitos que se deben implementar para la identificación inequívoca de los pacientes, pudiendo estar incluidos en la descripción de los procesos, en su caso.		

2.2.- PREVENIR INFECCIONES RELACIONADAS CON LA ATENCIÓN SANITARIA.

El Centro identifica actuaciones o procesos que suponen **riesgo de infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria**, e incorpora procedimientos y recomendaciones dirigidas a modificar la práctica y facilitar la disminución de ese riesgo.

	SI	NO
C.2.5.1.-U.44. SP.02 Se llevan a cabo medidas generales de higiene de manos y uso correcto de guantes. (El centro aplica la estrategia multimodal de la Organización Mundial de la Salud para mejorar el cumplimiento de las recomendaciones sobre la higiene de las manos.) Para afirmarlo, deberá:	☐	☐
• Disponer de infraestructuras y recursos en materia de higiene de manos siempre en relación a la actividad que se desarrolla: lavabo, agua corriente, productos de base alcohólica, jabón, toallas, etc.	☐	☐
• El área de exploración y/o tratamiento disponer de los dispositivos adecuados y de los elementos de higiene de manos necesarios para garantizar una correcta asepsia.	☐	☐
OBSERVACIONES:		
VERIFICACIÓN:		
AF, R y AP: Existencia y aplicación de un protocolo específico de higiene de manos y uso correcto de guantes o que esté recogido en un protocolo general.		

C.2.5.1.-U.44. SP.03 Se aplican normas de asepsia y antisepsia en las áreas, unidades o servicios que lo requieran, y se desarrollan medidas para la prevención y control de infecciones en el área determinada . Para afirmarlo, deberá:			
	SI	NO	N/A
• Dispone de protocolo para la prevención de las infecciones, que debe incluir las recomendaciones para la profilaxis quirúrgica en los casos que se desarrolle dicha actividad.	☐	☐	☐
OBSERVACIONES:			
VERIFICACIÓN:			
AF, R y AP: Existencia de un protocolo de preparación preoperatoria del paciente o en su caso, si se encuentra incluido dentro del protocolo general del proceso.			

C.2.5.1.-U.44. SP.04

El Centro utiliza **material sanitario o instrumental no desechable**.

En caso afirmativo, deberá:

	SI	NO
• Contar con un espacio diferenciado para el área de esterilización .	☐	☐
• Disponer de Protocolo de limpieza, desinfección y esterilización del material reutilizable , que garantiza un triple sistema de validación mediante controles físicos, químicos y biológicos. El protocolo incluirá necesariamente la organización de la actividad, los métodos, los productos utilizados, el listado de elementos a limpiar y esterilizar, la periodicidad, el sistema de registro de la actividad, las responsabilidades del personal, las indicaciones y las actuaciones.	☐	☐
• El protocolo está validado por la dirección del centro u órgano competente.	☐	☐
• Haber un profesional sanitario responsable del proceso de esterilización. Se constatará su <u>nombre y categoría profesional</u> :	☐	☐
• Disponer de equipo y sustancia para desinfección del instrumental.	☐	☐
• Disponer de autoclave a vapor dotada de controles de tiempo, de temperatura de y presión.	☐	☐
• Realizar y registrar los controles físicos (tiempo, temperatura y presión) en cada carga (gráfica-registro digital).	☐	☐
• Realizar y registrar los controles químicos que deben ser diarios, antes de la puesta en marcha.	☐	☐
• Realizar y registrar los controles biológicos que cuenta con la fecha, registro de nº de carga, resultado de la lectura, operario. Al menos una vez al mes, y en todo caso, tras cada reparación del autoclave.	☐	☐
• Constar la fecha y firma de la persona responsable de esos registros.	☐	☐
• Constar la fecha de esterilización y de caducidad en el embolsado del material esterilizado.	☐	☐
• Para el reprocesamiento de material reutilizable sensible al calor, disponer de métodos alternativos de desinfección de alto nivel (especificar qué método).	☐	☐
OBSERVACIONES:		
VERIFICACIÓN:		
AF: solicitar protocolos e identificación del personal responsable.		
R y AP: solicitar protocolos, comprobar registro de los controles e identificación del personal responsable.		

2.3.- USO SEGURO DE LA MEDICACIÓN Y PRODUCTOS SANITARIOS.

El Centro fomenta el **uso responsable y seguro del medicamento y productos sanitarios** por los profesionales, a fin de evitar posibles problemas relacionados con el mismo.

	SI	NO
C.2.5.1.-U.44. SP.05 Establece medidas e implanta buenas prácticas para conseguir un uso más adecuado, eficiente y seguro del medicamento y productos sanitarios.	☐	☐
Para afirmarlo, deberá:		
• Establecer criterios de seguridad en la prescripción escrita, y medidas para disminuir los errores con medicamentos con nombre parecido y/o etiquetados o con envases de apariencia similar.	☐	☐

• Disponer de un espacio adecuado y seguro destinado al almacenamiento de los medicamentos y productos sanitarios, con una capacidad acorde a las necesidades del Centro y que permita su correcta identificación, clasificación, conservación, control y dispensación. ¹	☐	☐
• Disponer de un procedimiento de control de la caducidad y condiciones (de acceso, ubicación, de conservación, temperatura, cantidades, etc.) de los medicamentos y productos utilizados y/o almacenados (material fungible, medicamentos, vacunas, reactivos, prótesis, etc.)	☐	☐
OBSERVACIONES: ¹ Los medicamentos y/o sustancias estupefacientes o psicotrópicas se almacenarán separadamente de los demás medicamentos y productos sanitarios. Para medicamentos o productos sanitarios termolábiles que precisen el mantenimiento de la cadena de frío para su conservación, deberá disponer de un frigorífico específico para su conservación (separado físicamente de alimentos y otros productos), equipado con termómetro de máximas y mínimas y registro de temperaturas máximas y mínimas.		
VERIFICACIÓN: AF: Solicitar procedimiento. R y AP: comprobar registro de caducidad y hacer un muestreo aleatorio de las caducidades en los medicamentos existentes.		

2.4.- SEGURIDAD EN EL USO DE INFRAESTRUCTURAS Y EQUIPAMIENTO.

El Centro establece las medidas necesarias y realiza actuaciones en sus instalaciones, infraestructuras y equipamiento a fin de garantizar la seguridad en su uso y mantenimiento.

	SI	NO	N/A
C.2.5.1.-U.44. SE.01 El Centro garantiza en sus estructuras e instalaciones el desarrollo de sus actividades bajo condiciones de seguridad.	☐	☐	
Para afirmarlo, deberá:			
• Disponer de locales/espacios de dimensiones suficientes y acordes a la naturaleza del Centro, su cartera de servicios, su volumen de actividad y complejidad.	☐	☐	
• Disponer de adecuadas condiciones de accesibilidad, confort y seguridad estructural, y no discriminación de las personas con discapacidad (¹ y ²)	☐	☐	
• Disponer de la comunicación de puesta en servicio de las instalaciones y de las fichas técnicas descriptivas para cada una de las instalaciones existentes, comunicadas a industria si cuenta con alguna de las siguientes instalaciones: equipos a presión, instalaciones térmicas en los edificios (RITE), almacenamiento de productos químicos (APQ), ascensores, instalaciones eléctricas de baja tensión (BT), instalaciones frigoríficas, instalaciones de gas, instalaciones de protección contra incendios e instalaciones de productos petrolíferos líquidos (PPL).³	☐	☐	☐
• Existen procedimientos y normas para acceso a los locales, para la circulación interna de las personas, la higiene y mantenimiento.	☐	☐	☐
• Disponer de un plan de contingencia que garanticen el normal desarrollo de las actividades, la continuidad de la asistencia y la seguridad de los pacientes (en supuestos de incendios, emergencias o ceses de actividad ante catástrofes, etc.)	☐	☐	☐

OBSERVACIONES:

¹ El centro, cumple la normativa legal aplicable a su actividad y a su estructura física, especialmente en lo relativo a seguridad de edificios y locales destinados a uso público, accesibilidad y adaptación de aseos de uso público.

VERIFICACIÓN:

² Comprobar en el expediente obrante en la Delegación de Salud si figura la licencia municipal de actividad/utilización o la licencia municipal de apertura, o en su defecto lo ha solicitado.

³ Solicitar comunicación de puesta en servicio de las instalaciones.

	SI	NO
C.2.5.1.-U.44. SE.02 El Centro realiza un correcto mantenimiento de las condiciones higiénico-sanitarias precisas en sus locales, instalaciones y equipos.	☐	☐
Para afirmarlo, deberá:		
Existe Protocolo de limpieza y desinfección de locales e instalaciones y del equipamiento general, y contrato de prestación del servicio (salvo que se acredite que se realiza con medios propios). El protocolo incluirá necesariamente la organización de la actividad, los métodos, los productos, el listado de instalaciones a limpiar y desinfectar, la periodicidad, sistema de registro de la actividad, las responsabilidades del personal, las indicaciones y las actuaciones en caso de vertidos o derrames, así como, normas y circuito para la eliminación de basuras y material sucio.	☐	☐
OBSERVACIONES:		
VERIFICACIÓN:		
En centros en funcionamiento, existen registros actualizados de estas actividades periódicas de limpieza y desinfección de locales, y registros actualizados de las actividades periódicas de limpieza, desinfección y/o esterilización de los equipos sanitarios.		

	SI	NO
C.2.5.1.-U.44. SE.03 La actividad del Centro genera residuos peligrosos de origen sanitario.	☐	☐
En caso afirmativo se comprobará que:		
Existe Protocolo de identificación, clasificación y gestión interna de residuos sanitarios que garantice su adecuada retirada y/o eliminación.	☐	☐
Dispone de un contenedor de residuos sanitarios de acuerdo con la cartera de servicios del Centro.	☐	☐
Si se tratan de residuos peligrosos, se acreditará que se ha contratado la cesión de los mismos a un gestor autorizado por la Agencia de Medio Ambiente.	☐	☐
OBSERVACIONES: Los residuos punzantes y cortantes que hayan estado en contacto con fluidos corporales, con independencia de su origen, se consideran residuos peligrosos.		
VERIFICACIÓN:		
AF, R Y AP: Observación directa del contenedor y solicitar contrato con la empresa encargada de realizar la retirada de residuos. Contenedores para la amalgama de plata y piezas metálicas.		

	SI	NO
C.2.5.1.-U.44. SE.04 El Centro dispone de equipos electromédicos .	☐	☐
En caso afirmativo se constata que:		
Existe un censo/inventario de equipos electromédicos con los siguientes datos: Código de Inventario interno alfanumérico, para la identificación de los mismos, marca, modelo y nº de serie, fabricante/distribuidor, fecha de compra/fecha de instalación, garantía, servicio técnico (documentación), mantenimiento preventivo/técnico legal, servicio/sección/planta al que está asignado.	☐	☐
Dispone de los manuales de utilización y mantenimiento de cada uno de los equipos (debiendo estar redactado, al menos, en castellano).	☐	☐
Dispone de un plan de mantenimiento de los equipos y un registro de los mismos, en el que queda registrado: fecha de las revisiones periódicas así como de las calibraciones, o de los accidentes y averías, tipo de control o reparación efectuada, resultado del control o reparación, medidas correctoras adoptadas en su caso e identificación del técnico responsable o empresa responsable.	☐	☐
OBSERVACIONES:		
VERIFICACIÓN:		
AF, R y AP: Se comprobara la existencia del mencionado censo, con sus distintos epígrafes.		
R y AP: Ver registro, así como seleccionar uno de los equipos al azar y comprobar documentalmente el mantenimiento preventivo y técnico.		

	SI	NO
C.2.5.1.-U.44. SE.05 El Centro cuenta con instalaciones de radiaciones ionizantes .	☐	☐
En caso afirmativo se constata que:		
Están inscritas en el "Registro de instalaciones de RX de diagnóstico médico" adscrito al órgano competente de la Junta de Andalucía.	☐	☐
OBSERVACIONES:		
VERIFICACIÓN:		

3.- ORGANIZACIÓN Y FUNCIONAMIENTO.

	SI	NO
C.2.5.1.-U.44. OF.01 El centro dispone del documento denominado "Cartera de Servicios" la cual se define como el conjunto de técnicas, tecnologías o procedimientos, entendiendo por tales cada uno de los métodos y recursos basados en el conocimiento y experimentación científica, mediante los que se hacen efectivas las prestaciones sanitarias.	☐	☐
OBSERVACIONES:		
VERIFICACIÓN:		
AF: Solicitar el documento de la cartera de servicios R y AP: solicitar la cartera de servicios y comprobar que se encuentra actualizada.		

	SI	NO
C.2.5.1.-U.44. OF.02 El centro dispone de un sistema de registro de peticiones de prótesis y de laboratorios protésicos proveedores en donde quedará la debida constancia de las actuaciones realizadas.	☐	☐
OBSERVACIONES:		
VERIFICACIÓN:		

	SI	NO
C.2.5.1.-U.44. OF.03 El laboratorio proveedor de prótesis dentales, dispone de licencia de fabricación de productos sanitarios vigente.	☐	☐
OBSERVACIONES:		
VERIFICACIÓN:		

	SI	NO
C.2.5.1.-U.44. OF.04 Dispone de la declaración de conformidad a que se refieren el artículo 16 y el anexo VIII del Real Decreto 1591/2009, de 16 de octubre, por el que se regulan los productos sanitarios, y de la tarjeta identificativa del producto y las instrucciones de conservación y funcionamiento.	☐	☐
OBSERVACIONES:		
VERIFICACIÓN:		

	SI	NO	N/A
C.2.5.1.-U.44. OF.05 Dispone el fabricante proveedor de implantes osteointegrables de la preceptiva Declaración CE (certificación Europea) de Conformidad del Sistema completo de Garantía de Calidad (excepto examen del diseño del producto), aplicado en la fabricación y control final de los implantes dentales.	☐	☐	☐
OBSERVACIONES: Directiva 93/42/CEE, modificada por al Directiva 2007/47/CE y Real Decreto 1591/2009, de 16 de octubre, relativos a los productos sanitarios (Anexo II excepto sección 4).			
VERIFICACIÓN:			

	SI	NO
C.2.5.1.-U.44. OF.06 El documento de prescripción de prótesis dental emitida por el facultativo dentista, dispone de los datos del facultativo prescriptor, el nombre del paciente y del tipo de prótesis dental o producto sanitario dental a medida a fabricar con sus datos técnicos o indicadores, así como los registros, soportes y elementos físicos, obtenidos del paciente por el facultativo prescriptor, que sean adecuados para transferir la información necesaria para la fabricación.	☐	☐
OBSERVACIONES:		
VERIFICACIÓN:		

4.- PROCESO ASISTENCIAL.

Mediante la gestión por procesos, el Centro puede mejorar, ser más eficiente y adaptarse a las necesidades de los usuarios. Con este propósito, el Centro identifica y define los procesos claves que afectan a la prestación de la actividad asistencial.

	SI	NO
C.2.5.1.-U.44. PA.01 El Centro adopta las medidas organizativas y procedimentales necesarias para el desarrollo correcto de su actividad clínico asistencial. Para afirmarlo, se comprueba que:	☐	☐
• Dispone de acceso a Protocolos Asistenciales de sociedades científicas de los procesos claves de los servicios que oferta, así como, de las exploraciones y técnicas de tratamiento que efectúa.	☐	☐
• En los protocolos están asignadas las responsabilidades, son revisados y actualizados periódicamente , y están a disposición de los profesionales del Centro.	☐	☐
• Dispone de Protocolos de urgencias y emergencias más frecuentes , basados en la evidencia científica y en los medios disponibles y regularmente actualizados.	☐	☐
• Dispone de Protocolo que contemple el traslado de enfermos, en caso de situaciones urgentes, a otros centros para su tratamiento.	☐	☐
OBSERVACIONES:		
VERIFICACIÓN:		

C.2.5.1.-U.44. PA.02
El Centro garantiza la atención de urgencias al disponer de los **medios básicos para la aplicación de las técnicas de Soporte Vital Básico y de medicación de urgencias**.
La **dotación mínima** al respecto deberá ser:

	SI	NO
• Tubos orofaríngeos (Guedel) de diferentes tamaños.	☐	☐
• Ventilador manual, tipo balón, con válvula unidireccional, con conexión estándar 15/22 mm.	☐	☐
• Mascarilla transparente para ventilación artificial, provista de bordes almohadillados que faciliten el sellado hermético: en tamaños de adultos y niños.	☐	☐
• Equipo de oxígeno, al menos con una botella de oxígeno de 200 l., con caudalímetro manorreductor y sistema de aspiración 500 mm de Hg., permitiendo de forma simultánea e independiente la administración de oxígeno y la función de aspiración.	☐	☐
• Sonda de aspiración endotraqueal.	☐	☐
• Mascarillas de oxígeno con FIO ₂ regulable.	☐	☐
• Tubo de goma para conexión mascarilla-caudalímetro.	☐	☐
• Unidad compuesta de fonendoscopio y esfigmomanómetro.	☐	☐
• Cánulas i.v. con catéter externo a la aguja nº 14, 16.	☐	☐
• Sistema de gotero, jeringas y agujas.	☐	☐

Medicamentos.		
• Adrenérgicos solución inyectable.	☐	☐
• Atropina.	☐	☐
• Antihistamínicos de uso sistémico por vía parenteral.	☐	☐
• Glucocorticoides por vía parenteral.	☐	☐
• Nitratos orgánicos por vía sublingual.	☐	☐
• Benzodiacepinas por vía parenteral.	☐	☐
• Suero glucosado y salino.	☐	☐
• Monodosis de glucosa.	☐	☐
OBSERVACIONES: Nota: *Estos medicamentos podrán ser sustituidos por sus bioequivalentes y las presentaciones han de ser las adecuadas para su uso en caso de urgencias.		
VERIFICACIÓN:		
AF: Comprobar que disponen de todo el material relacionado.		

	SI	NO
C.2.5.1.-U.44. PA.03 El centro conoce cómo notificar las enfermedades de declaración obligatoria , según lo establecido en el Decreto 66/1996 y sus Órdenes de desarrollo.	☐	☐
OBSERVACIONES:		
VERIFICACIÓN:		
AF, R y AP: Se recabará el protocolo sobre el sistema de notificación y comprobar si disponen de algún modelo de declaración.		

	SI	NO
C.2.5.1.-U.44. PA.04 Cuando realiza la prescripción de medicamentos, utiliza el modelo de receta privada establecido en el Real Decreto 1718/2010 de 17 de diciembre.	☐	☐
OBSERVACIONES:		
VERIFICACIÓN:		

5.- RESULTADOS.

	SI	NO	N/A
C.2.5.1.-U.44. R.01 El Centro dispone de un sistema de monitorización (cuadro de mandos, objetivos, indicadores, etc.) de los resultados asistenciales (datos de actividad, tiempos de respuesta, satisfacción usuarios, quejas y reclamaciones, etc.)	☐	☐	☐
Para afirmarlo, se comprobará que:			
• Existe un programa de monitorización de resultados asistenciales.	☐	☐	☐

OBSERVACIONES:
VERIFICACIÓN:

	SI	NO	N/A
C.2.5.1.-U.44. R.02 El Centro analiza los resultados y se establecen medidas de mejora en aquellos resultados que no alcanzan los objetivos propuestos. Para afirmarlo, se constatará:	☐	☐	☐
La existencia de documento/informe sobre las medidas de mejora implantadas en relación a los resultados evaluados.	☐	☐	☐
OBSERVACIONES:			
VERIFICACIÓN:			

6.- EQUIPAMIENTO.

6.1.- EQUIPAMIENTO GENERAL.

El centro debe contar con:

C.2.5.1.-U.44. E.01 Elementos de higiene personal. La dotación mínima al respecto será (Anexo II del Decreto 416/1994):	SI	NO
Detergente líquido en dosificador.	☐	☐
Toallas de papel desechables.	☐	☐
Bastas o uniformes.	☐	☐
Sustancia antimicrobiana.	☐	☐
OBSERVACIONES:		
VERIFICACIÓN:		
AF, R y AP: Se comprobará mediante visualización del equipamiento.		

C.2.5.1.-U.44. E.02 Elementos de seguridad e higiene. La dotación mínima al respecto será (Anexo II del Decreto 416/1994):	SI	NO
Elementos de protección personal tales como gafas protectoras, guantes, mascarillas, protectores oculares o faciales.	☐	☐
OBSERVACIONES:		
VERIFICACIÓN:		
AF, R y AP: Se comprobará mediante visualización del equipamiento.		

6.2.- EQUIPAMIENTO ESPECÍFICO.

Según la oferta de servicios deberán disponer además de los siguientes elementos.

C.2.5.1.-U.44. E.03		
Equipamiento y mobiliario de las salas de consulta. La dotación mínima al respecto será:		
• Sillón odontológico dotado de foco de luz de, al menos 1000 lúmenes, con escupidor y sistema de aspiración.	☐	☐
• Lavamanos de porcelana o acero inoxidable dotado de agua corriente.	☐	☐
• Cubo clínico y demás recipientes para la clasificación de los desechos clínicos y tóxicos.	☐	☐
• Mobiliario para el almacenamiento de instrumental en condiciones adecuadas.	☐	☐
• Sistema de aspiración, quirúrgico y de saliva.	☐	☐
• Equipo dental con módulos de turbina, micromotor y jeringa con funciones de agua, aire y spary.	☐	☐
• Negatoscopio.	☐	☐
• Instrumental de mano, en número suficiente para poder atender a las medidas de esterilización entre un paciente y el siguiente.	☐	☐
• Limpiador ultrasónico de instrumental o sistema equivalente que evite la limpieza a mano del instrumental.	☐	☐
OBSERVACIONES:		
VERIFICACIÓN:		

	SI	NO
C.2.5.1.-U.44. E.04		
En la oferta de servicios se incluye la realización de implantes. En caso afirmativo dispone de:	☐	☐
• Motor de implante.	☐	☐
• Caja de implante.	☐	☐
OBSERVACIONES:		
VERIFICACIÓN:		
AF, R y AP: Comprobar la existencia de dicho material.		

	SI	NO
C.2.5.1.-U.44. E.05		
Ha concertado el centro con la Consejería de Salud la asistencia dental infantil. En caso afirmativo dispone de:	☐	☐
• Aparato de ultrasonidos para tartrectomías.	☐	☐
• Lámpara de polimerización con una sola función, regulación de baja tensión con temporizador, lámpara de 120 W y conexión a la red de 220 V.	☐	☐
• Equipo de radiodiagnóstico para la realización de radiografías intraorales.	☐	☐
• Vibrador para amalgama de plata.	☐	☐

OBSERVACIONES:
VERIFICACIÓN:
AF, R y AP: Comprobar la existencia de dicho material.

	SI	NO
C.2.5.1.-U.44. E.06 El equipamiento del centro coincide con el aportado en la Memoria Descriptiva.	☐	☐
OBSERVACIONES:		
VERIFICACIÓN:		

7.- PERSONAL SANITARIO.

	SI	NO
C.2.5.1.-U.44. PS.01 ¿Coincide el personal del centro con el aportado en el expediente?	☐	☐
OBSERVACIONES:		
VERIFICACIÓN:		
AF, R y AP: Comprobar si coincide el personal del centro con el dado de alta en SICESS.		

En caso negativo relacionar el personal que no coincide y que tienen que dar de alta en el SICESS.

DNI	Apellidos y Nombre	Titulación

Relacionar el personal que se encuentre en el SICESS y que ya no preste sus servicios en el Centro.

DNI	Apellidos y Nombre	Titulación

	SI	NO	N/A
C.2.5.1.-U.44. PS.02 El profesional está acreditado en Soporte Vital Básico y al menos cada dos años ha realizado un curso de RCP para revisión de protocolos.	☐	☐	☐
OBSERVACIONES:			
VERIFICACIÓN:			
AF, R y AP: comprobar fecha del último curso de RCP realizado.			

	SI	NO
C.2.5.1.-U.44. PS.03 La consulta y/o clínica estará necesariamente organizada, gestionada y atendida directa y personalmente por uno o varios odontólogos o estomatólogos (Art. 9.1 D.416/1194 y Art. 3 R.D. 1594/1994).	☐	☐
OBSERVACIONES:		
VERIFICACIÓN:		

	SI	NO
C.2.5.1.-U.44. PS.04 Si, en la consulta y/o clínica dental practican implantes osteointegrables . El personal que los realiza, está incluido en la sección correspondiente del SICESS de la clínica.	☐	☐
OBSERVACIONES:		
VERIFICACIÓN:		

	SI	NO	N/A
C.2.5.1.-U.44. PS.05 El personal que les sirva de auxiliar en sus labores clínicas tiene la titulación adecuada a las funciones que se le encomienden. (Art.9.2 Decreto 416/1994).	☐	☐	☐
OBSERVACIONES:			
VERIFICACIÓN:			

8.- REALIZACIÓN DE INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS FUERA DEL CENTRO.

	SI	NO	N/A
C.2.5.1.-U.44. IQ.01 En la oferta asistencial del centro se contempla que las intervenciones quirúrgicas se realizan en hospitales o centros quirúrgicos diferentes al centro objeto de inspección.	☐	☐	
OBSERVACIONES:			
VERIFICACIÓN:			

C.2.5.1.-U.44. IQ.02 Se ha aportado copia del contrato/acuerdo con el hospital o centro quirúrgico donde se realizarán las intervenciones quirúrgicas.	☐	☐	☐
OBSERVACIONES:			
VERIFICACIÓN:			

INSPECCIÓN PROVINCIAL DE S.S.

RELACIÓN DE DOCUMENTOS QUE DEBEN ESTAR DISPONIBLES DURANTE LA VISITA DE INSPECCIÓN.

1	Publicidad del centro.	DG.03
2	Modelo de historia clínica.	DG.05
3	Modelo de informe de alta.	DG.05
4	Procedimiento para archivar y proteger la historia clínica.	DG.08
5	Procedimiento para la gestión de las reclamaciones.	DG.10
6	Registro de pacientes.	SP.01
7	Protocolo de higiene de manos y uso correcto de guantes.	SP.02
8	Protocolo para la prevención de infecciones, (SP).	SP.03
9	Licencia municipal de apertura.	SE.01
10	Comunicación de puesta en servicios de las instalaciones a Industria, (SP).	SE.01
11	Protocolos de limpieza y desinfección de locales e instalaciones y del equipamiento general.	SE.02
12	Inscripción en el registro de instalaciones de Rx, (SP).	SE.05
13	Cartera de servicios del centro.	OF.01
14	Protocolos asistenciales.	PA.01
15	Procedimiento de notificación de enfermedades profesionales.	PA.03
16	Contrato con el hospital o centro quirúrgico, (SP).	IQ.02