

ANEXO A CUMPLIMENTAR – CENTROS DE HEMODIÁLISIS

CONDICIONES DEL LOCAL		
1	¿ Existen barreras de acceso para sillas de ruedas y camillas?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
2	Recepción	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
3	Sala de espera.	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
4	Despacho de exploración médica: <ul style="list-style-type: none"> • Camilla de exploración • Lavamanos 	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
5	Sala/s de diálisis Nº de salas: _____	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
6	Sala de diálisis exclusiva para pacientes portadores virus B y VIH	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
7	Sala de tratamiento de agua.	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
8	Almacén.	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
9	Vestuarios – aseo para el personal.	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
10	Vestuarios – aseo para pacientes masculinos.	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
11	Vestuarios – aseo para pacientes femeninos	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
12	Zona de limpio	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
13	Zona de sucio.	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
14	Área o local de mantenimiento (reparación de equipos de diálisis, almacén de piezas de repuesto).	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
15	Salida de emergencia.	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
INSTALACIONES		
16	Aire acondicionado.	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
17	Teléfono propio.	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
18	Toma de oxígeno o bala.	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
19	Toma de vacío o aspirador.	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
20	Grupo electrógeno.	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
SALA DE HEMODIÁLISIS		
21	Ventilación natural	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
22	Iluminación natural	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
23	Control de enfermería que permite vigilar todos los puestos	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
24	Monitores automáticos Nº monitores _____	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
25	Monitor/es exclusivo/s para pacientes portadores de virus C	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
26	Monitores con posibilidades de desinfección química o por calor	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
27	Monitor de reserva conectado permanentemente para casos de emergencia	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
28	Toma de agua, desagüe y conexión eléctrica, cada monitor	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
29	Sillón reclinable por cada puesto	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
30	Lavabo preparatorio de enfermos accionable con codo o pedal.	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>

***/**

***/**

MATERIAL COMPLEMENTARIO		
31	ECG portátil	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
32	Equipo de reanimación cardio-pulmonar.	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
33	Esfigmomanómetro por cada 4 puestos	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
34	Fonendoscopio por cada A.T.S.	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
35	Silla de ruedas.	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
36	Camilla para evacuación de pacientes, en caso de emergencia	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
37	Báscula.	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
OTROS		
38	Archivo de historias clínicas.	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
39	Protocolos escritos de desinfección para los monitores	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
40	Ficha técnica de cada monitor	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
41	¿Dispone de intervalo de tiempo para efectuar la limpieza y desinfección correspondientes entre turnos?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
42	Controles iónicos y bacteriológicos del agua:	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
	Nombre del Laboratorio responsable: _____	
43	Sistemas de unipunción para el 15 - 20% de los pacientes	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
44	¿ Existe algún criterio de admisión de pacientes en el centro?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
45	¿Dispone de algún documento de la existencia de convenio/concierto con algún centro hospitalario de la isla?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
46	Sistema de eliminación de residuos : Indicar nombre de la empresa responsable:	

OBSERVACIONES (especificar Nº apartado):

(Fecha y firma)