

**INFORME DE AUTOEVALUACIÓN**

**ESTÁNDAR GENERAL**

**DE ACREDITACIÓN PARA**

**UNIDADES DE QUIMIOTERAPIA AMBULATORIA**

**(Formato aprobado por circular ip/N° 9, de fecha 03-09-2010)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **nOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL DEL PROPIETARIO DE ESTABLECIMIENTO** | **rut** | **firma** |

dd - mm - año

**FORMATO PARA LA CONFECCIÓN DEL INFORME DE AUTOEVALUACIÓN para UNIDADES DE QUIMIOTERAPIA AMBULATORIA**

**Aplicable al “Estándar General de Acreditación para “Unidades de Quimioterapia Ambulatoria”**

1. **Individualización y Caracterización General del Prestador Institucional**

**A-. Antecedentes del Prestador**

|  |
| --- |
| Nombre del Establecimiento: |
| RUT : |
| Dirección: |
| Comuna: Ciudad: |
| Región: |

**B-. AUTORIZACIÓN SANITARIA**

Registre los antecedentes solicitados en la siguiente tabla respecto a las resoluciones de autorización sanitaria de las instalaciones y/o equipos con que cuenta la institución, en caso de no contar con alguna de las individualizadas a continuación, informar No aplica (N/A), agregue aquellas instalaciones con las que cuente y no se encuentran en el listado.

B.1.**INSTALACIÓN Y FUNCIONAMIENTO**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Contenido Resolución** | **N° Resolución** | **Tipo de Prestador** | **Fecha** | **Autoridad que la dicta** | **Dirección del Prestador** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

B.2.**DIRECTOR TÉCNICO**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Nombre / Rut** | **N° Resolución** | **Fecha** | **Autoridad que la dicta** |
|  |  |  |  |

B.3. **Salas de Procedimientos**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Salas** | **Unidades Autorizadas** | **N° Resolución** | **Fecha** | **Autoridad que la dicta** | **Ubicación \*** | **N/A** |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

\* Registre ubicación dentro del prestador de acuerdo a la Autorización Sanitaria vigente.

B.4 **SERVICIOS DE APOYO**

B.4.1 **LABORATORIO CLÍNICO**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Dependencias** | **Unidades Autorizadas** | | **N° Resolución** | | | **Fecha** | | **Autoridad que la dicta** | | | **Ubicación \*** | **N/A** |
| Instalación y funcionamiento |  | |  | | |  | |  | | |  |  |
| Sala de toma de muestra |  | |  | | |  | |  | | |  |  |
| Tipo de exámenes autorizados | | | | | | | | | | | |  |
| HEMATOLOGÍA |  | BIOQUÍMICA | | |  | MICROBIOLOGÍA | | |  | | BIOLOGÍA MOLECULAR |  |
| **Director técnico Nombre / Rut** | | | | **N° Resolución** | | | **Fecha** | | | **Autoridad que la dicta** | | |
|  | | | |  | | |  | | |  | | |

\* Registre ubicación dentro del prestador de acuerdo a la Autorización Sanitaria vigente.

B.4.2 **Banco se sangre / UMT**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Dependencias** | **N° Resolución** | | **Fecha** | | **Autoridad que la dicta** | | **Ubicación \*** |
| Instalación y funcionamiento |  | |  | |  | |  |
| Sala de toma de muestras |  | |  | |  | |  |
| **Director Técnico Nombre / Rut** | | **N° Resolución** | | **Fecha** | | **Autoridad que la dicta** | |
|  | |  | |  | |  | |

\* Registre ubicación dentro del prestador de acuerdo a la Autorización Sanitaria vigente

B.4.3 **servicio de transporte de enfermos**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Dependencias** | | | | | | **N° resolución** | | | | **Fecha** | | **Autoridad que la dicta** | | | | **Ubicación \*** | | | |
| Instalación y funcionamiento | | | | | |  | | | |  | |  | | | |  | | | |
| **Vehículo** | **Año** | **Marca** | | | **Modelo** | | **Patente** | | **N° resolución** | | **Fecha** | | | **Autoridad que la dicta** | | | | **N/A** | |
|  |  |  | | |  | |  | |  | |  | | |  | | | |  | |
|  |  |  | | |  | |  | |  | |  | | |  | | | |  | |
|  |  |  | | |  | |  | |  | |  | | |  | | | |  | |
|  |  |  | | |  | |  | |  | |  | | |  | | | |  | |
|  |  |  | | |  | |  | |  | |  | | |  | | | |  | |
|  |  |  | | |  | |  | |  | |  | | |  | | | |  | |
|  |  |  | | |  | |  | |  | |  | | |  | | | |  | |
| TIPO DE MÓVIL: | | | MEDICALIZADA  (M3) | | | | |  | AVANZADA (M2) | | | |  | | BASICA (M1) | | | |  |
| **Director Técnico Nombre / Rut** | | | | **N° resolución** | | | | | **Fecha** | | | | | | | | **Autoridad que la dicta** | | |
|  | | | |  | | | | |  | | | | | | | |  | | |

\* Registre ubicación dentro del prestador de acuerdo a la Autorización Sanitaria vigente

B.4.4 **esterilización**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Dependencias** | | **N° Resolución** | | **Fecha** | | | **Autoridad que la dicta** | | | **Ubicación \*** | | | **N/A** |
| Instalación y funcionamiento | |  | |  | | |  | | |  | | |  |
| **Equipamiento / N° Registro** | **Marca**  **Modelo**  **Serie** | | **N° Resolución** | | | **Fecha** | | | **Autoridad que la dicta** | | | **Ubicación\*** | |
| Autoclave 1 /N° Registro |  | |  | | |  | | |  | | |  | |
| Autoclave 2 /N° Registro |  | |  | | |  | | |  | | |  | |
| **Director Técnico Nombre / Rut** | | | | | **N° Resolución** | | | **Fecha** | | | **Autoridad que la dicta** | | |
|  | | | | |  | | |  | | |  | | |

\* Registre ubicación dentro del prestador de acuerdo a la Autorización Sanitaria vigente

B.4.5 **farmacia / BOTIQUÍN**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Dependencias** | **N° Resolución** | **Fecha** | **Autoridad que la dicta** | **Ubicación \*** | **N/A** |
| Instalación y funcionamiento |  |  |  |  |  |
| **Director Técnico Nombre / Rut** | | **N° Resolución** | **Fecha** | **Autoridad que la dicta** | |
|  | |  |  |  | |

\* Registre ubicación dentro del prestador de acuerdo a la Autorización Sanitaria vigente

B.5 **OTRAS INSTALACIONES (ESPECIFIQUE)**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Dependencia** | **Unidades Autorizadas** | **N° resolución** | **Fecha** | **Autoridad que la dicta** | **Ubicación \*** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

\* Registre ubicación dentro del prestador de acuerdo a la Autorización Sanitaria vigente

B.6 **señale soLicitudes DE MODIFICACIÓN de autorización sanitaria pendientes POR RESOLVER**

**(Incluya todas las solicitudes ingresadas a la SEREMI correspondiente y que se encuentran en trámite)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Modificación solicitada** | **Fecha solicitud** | **Autoridad Sanitaria** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

B.7 **SEÑALE PRESTADOR/ES, CONSIDERADOS COMO EXTERNOS; UBICADOS DENTRO, CONTIGÜOS O** **ALREDEDOR, A SU INFRAESTRUCTURA FÍSICA, (ejemplo. Consultas externas, Imagenología, Laboratorio Clínico, etc.)**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nombre Prestador** | **Ubicación**  **(Dentro/**  **contiguo/**  **otro)** | **Prestaciones Entregadas (descripción general)** | **Fue considerado dentro del Actual Proceso (SI/NO)** | **Solicitó Pronunciamiento**  **(SI/NO)** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

**C-. FICHA TÉCNICA**

Cuenta con ficha técnica completa y actualizada en la Intendencia de Prestadores de la Superintendencia de Salud.

Si No

Si la respuesta es Si, ¿Cuál es el código asignado**?**

**D-. Procesos Clínicos asociados a la seguridad del paciente**

Describa los diez (10) procesos de mayor relevancia clínica que se realizan en su institución, y si correspondiera, las medidas de mejora continua que ha implementado en ellos, desde la perspectiva de la seguridad de la atención:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| N° | Proceso de relevancia clínica | Medida de mejora continua |
| 1 |  |  |
| 2 |  |  |
| 3 |  |  |
| 4 |  |  |
| 5 |  |  |
| 6 |  |  |
| 7 |  |  |
| 8 |  |  |
| 9 |  |  |
| 10 |  |  |

1. **Proceso de Autoevaluación**

**2.1 Cronología de eventos en los que se enmarcó LA PREPARACION DE LA INSTITUCION PARA EL proceso de autoevaluación**

dd/mm/aaaa

2.1.1 Fecha de inicio de preparación de la institución

para la solicitud de la acreditación:

dd/mm/aaaa

2.1.2 Fecha de inicio del último proceso de autoevaluación:

dd/mm/aaaa

2.1.3 Fecha de término del último proceso de autoevaluación:

dd/mm/aaaa

2.1.4 Fecha de confección del informe de la última

Autoevaluación:

dd/ mm/ aaaa

2.1.5 Período de preparación estimado para solicitar

la acreditación:

**2.2 Describa brevemente el plan de trabajo ejecutado por la**

**institución para LA PREPARACION Del proceso de autoevaluación**

|  |
| --- |
| **Breve reseña de la incorporación de la gestión de calidad en la institución (Año en que se incorporó la Calidad como parte del trabajo en la institución, participación y compromiso del equipo directivo y personal de la institución)** |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
| **Descripción del plan de trabajo para la preparación del proceso de autoevaluación** |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

**2.3 PROCESO DE autoevaluación RESPECTO DEL “ESTÁNDAR General de Acreditación para UNIDADES DE QUIMIOTERAPIA AMBULATORIA”**

Señale los **puntos de verificación** que **“no aplican”** en el prestador, **fundamente**.

|  |  |
| --- | --- |
| **Punto de Verificación** | **Fundamento** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

## ÁMBITO: RESPETO A LA DIGNIDAD DEL PACIENTE (DP)

**El prestador institucional provee una atención que respeta la dignidad del**

**paciente y resguarda principios éticos esenciales en el trato que se le otorga.**

Complete la siguiente tabla:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Características** | **Señale el Porcentaje de cumplimiento encontrado respecto de cada característica.** | **Metodología de evaluación utilizada** | **Medidas de aseguramiento o mejoramiento que se implementaron a partir de la autoevaluación** |
| DP 1.1 |  |  |  |
| DP 1.2 |  |  |  |
| DP 1.3 |  |  |  |
| DP 2.1 |  |  |  |
| DP 3.1 |  |  |  |
| DP 4.1 |  |  |  |
| DP 4.2 |  |  |  |
| DP 5.1 |  |  |  |

Señale las **características que no aplican en este ámbito**, fundamente su respuesta

|  |  |
| --- | --- |
| **Característica** | **Fundamento** |
|  |  |
|  |  |

## ÁMBITO: GESTIÓN DE LA CALIDAD (CAL)

**El prestador institucional cuenta con política y programa orientados a garantizar la calidad y seguridad de las prestaciones otorgadas a los pacientes**.

Complete la siguiente tabla:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Características** | **Señale el Porcentaje de cumplimiento encontrado respecto de cada característica.** | **Metodología de autoevaluación utilizada** | **Medidas de aseguramiento o mejoramiento que se implementaron a partir de la autoevaluación** |
| CAL 1.1 |  |  |  |

Señale las **características que no aplican en este ámbito**, fundamente su respuesta

|  |  |
| --- | --- |
| **Característica** | **Fundamento** |
|  |  |
|  |  |

**ÁMBITO: GESTIÓN CLINICA (GCL)**

**El prestador institucional provee condiciones para la entrega de acciones de salud seguras.**

Complete la siguiente tabla:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Características** | **Señale el Porcentaje de cumplimiento encontrado respecto de cada característica.** | **Metodología de autoevaluación utilizada** | **Medidas de aseguramiento o mejoramiento que se implementaron a partir de la autoevaluación** |
| GCL 1.1 |  |  |  |
| GCL 1.2 |  |  |  |
| GCL 1.3 |  |  |  |
| GCL 1.4 |  |  |  |
| GCL 1.5 |  |  |  |
| GCL 1.6 |  |  |  |
| GCL 1.7 |  |  |  |
| GCL 1.8 |  |  |  |
| GCL 2.1 |  |  |  |
| GCL 2.2 |  |  |  |
| GCL 3.1 |  |  |  |
| GCL 3.2 |  |  |  |

Señale las **características que no aplican en este ámbito**, fundamente su respuesta

|  |  |
| --- | --- |
| **Característica** | **Fundamento** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

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

**El prestador institucional posee una política orientada a proporcionar la**

**atención necesaria a sus pacientes, en forma oportuna, expedita y coordinada,**

**tomando en consideración prioridades dadas por la gravedad de los cuadros**

**clínicos y la presencia de factores de riesgo.**

Complete la siguiente tabla:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Características** | **Señale el Porcentaje de cumplimiento encontrado respecto de cada característica.** | **Metodología de autoevaluación utilizada** | **Medidas de aseguramiento o mejoramiento que se implementaron a partir de la autoevaluación** |
| AOC 1.1 |  |  |  |
| AOC 2.1 |  |  |  |

Señale las **características que no aplican en este ámbito**, fundamente su respuesta

|  |  |
| --- | --- |
| **Característica** | **Fundamento** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

## ÁMBITO: COMPETENCIAS DEL RECURSO HUMANO (RH)

**La atención de salud de los pacientes es realizada por personal que cumple con el perfil requerido, en términos de habilitación y competencias.**

Complete la siguiente tabla:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Características** | **Señale el Porcentaje de cumplimiento encontrado respecto de cada característica.** | **Metodología de autoevaluación utilizada** | **Medidas de aseguramiento o mejoramiento que se implementaron a partir de la autoevaluación** |
| RH 1.1 |  |  |  |
| RH 1.2 |  |  |  |
| RH 1.3 |  |  |  |
| RH 2.1 |  |  |  |
| RH 3.1 |  |  |  |
| RH 4.1 |  |  |  |
| RH 4.2 |  |  |  |

Señale las **características que no aplican en este ámbito**, fundamente su respuesta

|  |  |
| --- | --- |
| **Característica** | **Fundamento** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

## ÁMBITO: REGISTROS (REG)

**El prestador institucional cuenta con un sistema estandarizado de registro de datos clínicos y administrativos de los pacientes.**

Complete la siguiente tabla:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Características** | **Señale el Porcentaje de cumplimiento encontrado respecto de cada característica.** | **Metodología de autoevaluación utilizada** | **Medidas de aseguramiento o mejoramiento que se implementaron a partir de la autoevaluación** |
| REG 1.1 |  |  |  |
| REG 1.2 |  |  |  |
| REG 1.3 |  |  |  |
| REG 1.4 |  |  |  |

Señale las **características que no aplican en este ámbito**, fundamente su respuesta

|  |  |
| --- | --- |
| **Característica** | **Fundamento** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

## ÁMBITO: SEGURIDAD DEL EQUIPAMIENTO (EQ)

**El equipamiento clínico cumple con las condiciones necesarias de seguridad para su funcionamiento y es operado de manera adecuada.**

Complete la siguiente tabla:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Características** | **Señale el Porcentaje de cumplimiento encontrado respecto de cada característica.** | **Metodología de evaluación utilizada** | **Medidas de aseguramiento o mejoramiento que se implementaron a partir de la autoevaluación** |
| EQ 1.1 |  |  |  |
| EQ 1.2 |  |  |  |
| EQ 2.1 |  |  |  |
| EQ 3.1 |  |  |  |

Señale las **características que no aplican en este ámbito**, fundamente su respuesta

|  |  |
| --- | --- |
| **Característica** | **Fundamento** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

## ÁMBITO: SEGURIDAD DE LAS INSTALACIONES (INS)

**Las instalaciones del prestador institucional cumplen las condiciones necesarias para garantizar la seguridad de los usuarios.**

Complete la siguiente tabla:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Características** | **Señale el Porcentaje de cumplimiento encontrado respecto de cada característica.** | **Metodología de evaluación utilizada** | **Medidas de aseguramiento o mejoramiento que se implementaron a partir de la autoevaluación** |
| INS 1.1 |  |  |  |
| INS 2.1 |  |  |  |
| INS 2.2 |  |  |  |
| INS 3.1 |  |  |  |
| INS 3.2 |  |  |  |

Señale las **características que no aplican en este ámbito**, fundamente su respuesta

|  |  |
| --- | --- |
| **Característica** | **Fundamento** |
|  |  |
|  |  |

## ÁMBITO SERVICIOS DE APOYO (AP)

## El prestador institucional provee servicios de apoyo que resguardan la seguridad de los pacientes.

**Componente APLlaboratorio clínico**

**Los exámenes de laboratorio clínico se efectúan en condiciones que garantizan la seguridad de los pacientes.**

Complete la siguiente tabla:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Características** | **Señale el Porcentaje de cumplimiento encontrado respecto de cada característica.** | **Metodología de evaluación utilizada** | **Medidas de aseguramiento o mejoramiento que se implementaron a partir de la autoevaluación** |
| APL 1.1 |  |  |  |

Señale las **características que no aplican en este ámbito**, fundamente su respuesta

|  |  |
| --- | --- |
| **Característica** | **Fundamento** |
|  |  |

**Componente APF FARMACIA**

**El prestador institucional asegura que los servicios y los productos entregados por farmacia sean de la calidad requerida para la seguridad de los pacientes.**

Complete la siguiente tabla:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Características** | **Señale el Porcentaje de cumplimiento encontrado respecto de cada característica.** | **Metodología de evaluación utilizada** | **Medidas de aseguramiento o mejoramiento que se implementaron a partir de la autoevaluación** |
| APF 1.1 |  |  |  |
| APF 1.2 |  |  |  |

Señale las **características que no aplican en este ámbito**, fundamente su respuesta

|  |  |
| --- | --- |
| **Característica** | **Fundamento** |
|  |  |
|  |  |

**Componente APE esterilización**

**Los procesos de esterilización y desinfección de materiales y elementos clínicos se efectúan en condiciones que garantizan la seguridad de los pacientes**

Complete la siguiente tabla:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Características** | **Señale el Porcentaje de cumplimiento encontrado respecto de cada característica.** | **Metodología de evaluación utilizada** | **Medidas de aseguramiento o mejoramiento que se implementaron a partir de la autoevaluación** |
| APE 1.1 |  |  |  |
| APE 1.2 |  |  |  |

Señale las **características que no aplican en este ámbito**, fundamente su respuesta

|  |  |
| --- | --- |
| **Característica** | **Fundamento** |
|  |  |
|  |  |

**Componente APT TRANSPORTE DE PACIENTES**

**El transporte de pacientes se efectúa en condiciones que garantizan su seguridad**

Complete la siguiente tabla:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Características** | **Señale el Porcentaje de cumplimiento encontrado respecto de cada característica.** | **Metodología de evaluación utilizada** | **Medidas de aseguramiento o mejoramiento que se implementaron a partir de la autoevaluación** |
| APT 1.1 |  |  |  |

Señale las **características que no aplican en este ámbito**, fundamente su respuesta

|  |  |
| --- | --- |
| **Característica** | **Fundamento** |
|  |  |
|  |  |

**Componente APTr MEDICINA TRANSFUSIONAL**

**El prestador institucional provee condiciones que garantizan la calidad de los componentes sanguíneos.**

Complete la siguiente tabla:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Características** | **Señale el Porcentaje de cumplimiento encontrado respecto de cada característica.** | **Metodología de evaluación utilizada** | | **Medidas de aseguramiento o mejoramiento que se implementaron a partir de la autoevaluación** | |
| APTr 1.1 |  | |  | |  |

Señale las ***características que no aplican en este ámbito***, fundamente su respuesta

|  |  |
| --- | --- |
| **Característica** | **Fundamento** |
|  |  |
|  |  |

1. **Identificación de los profesionales de la instituciÓn que dirigen y participan en la preparaciÓn Del proceso de ACREDITACIÓN**

**A-. Nombre a los directivos y/o jefes de servicios que acompañaron la preparación de la institución para la acreditación, y a los profesionales y personal que participaron activamente en este proceso**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Primer Apellido** | **Segundo Apellido** | **Nombres** | **RUT** | **Profesión** | **Cargo o Función** | **Servicio o Unidad** |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

1. **si es pertinente Identifique la(s) entidades asesoras y/o profesionales externos que acompaÑaron a la institucion en los Últimos doce meses para la preparaciÓn deL PROCESO DE ACREDITACIÓN Y AUTOEVALUACIÓN**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Primer Apellido** | **Segundo Apellido** | **Nombres** | **RUT** | **Profesión** | **Entidad Asesora** | **Periodo de asesoría** |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

1. **INDICADORES UTILIZADOS**

**ATENCIÓN UNIDAD DE QUIMIOTERAPIA AMBULATORIA**

Informe los indicadores que su institución monitorea para las características que se señalan a continuación, que deben ser pertinentes para lo solicitado en la característica y de utilidad para su institución.

En caso de monitorear más de 1 indicador por característica, insertar dichos indicadores.

|  |  |
| --- | --- |
| **CÓDIGO DE LA CARACTERÍSTICA** | **GCL 1.1** |
| Enunciado o descripción del Indicador Medido |  |
| Formato o Expresión Matemática del Indicador |  |
| Umbral definido |  |
| Periodicidad de la evaluación |  |
| Período evaluado en el indicador (señale los meses de retrospectividad evaluados) |  |
| Punto verificador en que se mide este indicador |  |
| **CÓDIGO DE LA CARACTERÍSTICA** | **GCL 1.3** |
| Enunciado o descripción del Indicador Medido |  |
| Formato o Expresión Matemática del Indicador |  |
| Umbral definido |  |
| Periodicidad de la evaluación |  |
| Período evaluado en el indicador (señale los meses de retrospectividad evaluados) |  |
| Punto verificador en que se mide este indicador |  |
| **CÓDIGO DE LA CARACTERÍSTICA** | **GCL 1.5** |
| Enunciado o descripción del Indicador Medido |  |
| Formato o Expresión Matemática del Indicador |  |
| Umbral definido |  |
| Periodicidad de la evaluación |  |
| Período evaluado en el indicador (señale los meses de retrospectividad evaluados) |  |
| Punto verificador en que se mide este indicador |  |
| **CÓDIGO DE LA CARACTERÍSTICA** | **GCL 1.7** |
| Enunciado o descripción del Indicador Medido |  |
| Formato o Expresión Matemática del Indicador |  |
| Umbral definido |  |
| Periodicidad de la evaluación |  |
| Período evaluado en el indicador (señale los meses de retrospectividad evaluados) |  |
| Punto verificador en que se mide este indicador |  |
| **CÓDIGO DE LA CARACTERÍSTICA** | **GCL 2.1** |
| Enunciado o descripción del Indicador Medido |  |
| Formato o Expresión Matemática del Indicador |  |
| Umbral definido |  |
| Periodicidad de la evaluación |  |
| Período evaluado en el indicador (señale los meses de retrospectividad evaluados) |  |
| Punto verificador en que se mide este indicador |  |
| **CÓDIGO DE LA CARACTERÍSTICA** | **GCL 3.2** |
| Enunciado o descripción del Indicador Medido |  |
| Formato o Expresión Matemática del Indicador |  |
| Umbral definido |  |
| Periodicidad de la evaluación |  |
| Período evaluado en el indicador (señale los meses de retrospectividad evaluados) |  |
| Punto verificador en que se mide este indicador |  |
| CÓDIGO DE LA CARACTERÍSTICA | **REG 1.2** |
| Enunciado o descripción del Indicador Medido |  |
| Formato o Expresión Matemática del Indicador |  |
| Umbral definido |  |
| Periodicidad de la evaluación |  |
| Período evaluado en el indicador (señale los meses de retrospectividad evaluados) |  |
| Punto verificador en que se mide este indicador |  |
| CÓDIGO DE LA CARACTERÍSTICA | **REG 1.3** |
| Enunciado o descripción del Indicador Medido |  |
| Formato o Expresión Matemática del Indicador |  |
| Umbral definido |  |
| Periodicidad de la evaluación |  |
| Período evaluado en el indicador (señale los meses de retrospectividad evaluados) |  |
| Punto verificador en que se mide este indicador |  |
| CÓDIGO DE LA CARACTERÍSTICA | **REG 1.4** |
| Enunciado o descripción del Indicador Medido |  |
| Formato o Expresión Matemática del Indicador |  |
| Umbral definido |  |
| Periodicidad de la evaluación |  |
| Período evaluado en el indicador (señale los meses de retrospectividad evaluados) |  |
| Punto verificador en que se mide este indicador |  |
| CÓDIGO DE LA CARACTERÍSTICA | **APF 1.2** |
| Enunciado o descripción del Indicador Medido |  |
| Formato o Expresión Matemática del Indicador |  |
| Umbral definido |  |
| Periodicidad de la evaluación |  |
| Período evaluado en el indicador (señale los meses de retrospectividad evaluados) |  |
| Punto verificador en que se mide este indicador |  |

1. **EVENTOS ADVERSOS**

**Mencione los eventos adversos que su institución tiene en su sistema de vigilancia activa para cada uno de los servicios o unidades que le aplican:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Unidad o Servicio** | **Eventos Adversos que se vigilan** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

**7. CARTERA DE SERVICIOS**

**Mencione o anexe cartera de servicios de su Institución (productos o servicios del establecimiento de acuerdo al modelo de producción adoptado y definido)**

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

**8. ORGANIGRAMA**

**Anexar organigrama del Establecimiento.**

**9. PLANOS O CROQUIS DEL ESTABLECIMIENTO**

**Anexar planos esquemáticos o croquis de la Institución, considerando las actuales instalaciones.**