z



**INFORME DE AUTOEVALUACIÓN**

**ESTÁNDAR GENERAL**

**DE ACREDITACIÓN PARA**

**LABORATORIOS CLÍNICOS**

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **nOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL DEL PROPIETARIO DEL ESTABLECIMIENTO** | **RUT** | **FIRMA** |

dd - mm - aa

**FORMATO PARA LA CONFECCIÓN DEL INFORME DE AUTOEVALUACIÓN para LABORATORIOS CLÍNICOS**

**Aplicable al “Estándar General de Acreditación para Laboratorios Clínicos”**

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. ***INSTALACION Y FUNCIONAMIENTO***

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | N° resolución | | Unidades Autorizadas | | Fecha | | Autoridad que la dicta | |  | Dirección o ubicación | |
| Instalación y funcionamiento | |  | |  | |  | |  | | |  | |
| Sala de toma de muestra | |  | |  | |  | |  | | |  | |
| Sala Externa de toma de muestra | |  | |  | |  | |  | | |  | |
|  | |  | |  | |  | |  | | |  | |
| Tipo de exámenes autorizados | | | | | | | | | | | | |
| HEMATOLOGÍA |  | | BIOQUÍMICA |  | MICROBIOLOGÍA | |  | | BIOLOGÍA MOLECULAR | | |  | |

*B.2* ***DIRECTOR TÉCNICO***

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nombre | N° resolución | Fecha | Autoridad que la dicta |
|  |  |  |  |

B.*3*  ***OTRAS INSTALACIONES (ESPECIFIQUE)***

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Unidades Autorizadas | N° resolución | Fecha | Autoridad que la dicta | Dirección o ubicación \* |
| Instalación y funcionamiento |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  | Nombre del profesional /RUT | N° resolución | Fecha | Autoridad que la dicta |  |
| Director técnico |  |  |  |  |  |

\* Registre la dirección o ubicación que señale la Autorización Sanitaria vigente, en caso de no contar con dicha información en documento, consigne S/I (sin información)

B.4 ***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 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**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 Sí, ¿Cuál es el código asignado**?**

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

Describa los seis (6) 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 |  |  |

1. **Proceso de Autoevaluación**

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

2.1.1 Fecha de inicio de preparación de la institución

dd/mm/aaaa

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 autoevaluación

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 (inicios, participación y compromiso del equipo directivo y personal de la institución)** |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
| **Descripción del plan de trabajo para la preparación del proceso de autoevaluación** |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

## PROCESO DE autoevaluación RESPECTO DEL “ESTÁNDAR General de Acreditación para LABORATORIOS CLÍNICOS”

## 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:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Componentes | Describa los resultados o situación observada en su evaluación 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 2.1 |  |  |  |
| DP 3.1 |  |  |  |

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

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

Respecto de las ***características que le son obligatorias describa*** como se evidencia su cumplimiento para este ámbito.

|  |  |
| --- | --- |
| **Característica** | **Descripción de las condiciones de cumplimiento** |
| DP1.1 |  |

Señale los puntos de verificación que **“no aplican”** para las características obligatorias.

|  |  |
| --- | --- |
| **Característica** | **Fundamento** |
| DP 1.1 |  |

## 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:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Componentes | Describa los resultados o situación observada en su evaluación respecto de este componente | Metodología de autoevaluación utilizada | Medidas de aseguramiento o mejoramiento que se implementaron a partir de la autoevaluación |
| CAL 1.1 |  |  |  |

Respecto de la ***característica que es obligatoria describa*** como se evidencia su cumplimiento para este ámbito.

|  |  |
| --- | --- |
| Característica | Descripción de las condiciones de cumplimiento |
| CAL 1.1 |  |

**ÁMBITO: GESTIÓN DE PROCESOS (GP)**

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

Complete la siguiente tabla:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Componentes | Describa los resultados o situación observada en su evaluación respecto de esta característica | Metodología de autoevaluación utilizada | Medidas de aseguramiento o mejoramiento que se implementaron a partir de la autoevaluación |
| GP 1.1 |  |  |  |
| GP 1.2 |  |  |  |
| GP 1.3 |  |  |  |
| GP 1.4 |  |  |  |
| GP 1.5 |  |  |  |
| GP 1.6 |  |  |  |
| GP 1.7 |  |  |  |
| GP 1.8 |  |  |  |

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

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

Respecto de las ***características que le son obligatorias describa*** como se evidencia su cumplimiento para este ámbito.

|  |  |
| --- | --- |
| **Característica** | **Descripción de las condiciones de cumplimiento** |
| GP 1.2 |  |
| GP 1.3 |  |
| GP 1.4 |  |

Señale los puntos de verificación que **“no aplican”** para las características obligatorias.

|  |  |
| --- | --- |
| **Característica** | **Fundamento** |
| GP 1.2 |  |
| GP 1.3 |  |

## Señale el total de Toma de Muestras, incluyendo las externas.

|  |  |
| --- | --- |
| **Toma de Muestras** | **Ubicación/Dirección** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
| **Total** |  |

**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:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Componentes | Describa los resultados o situación observada en su evaluación respecto de esta característica | Metodología de autoevaluación utilizada | Medidas de aseguramiento o mejoramiento que se implementaron a partir de la autoevaluación |
| AOC 1.1 |  |  |  |
| AOC 1.2 |  |  |  |
| AOC 1.3 |  |  |  |

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

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

Respecto de las ***características que le son obligatorias describa*** como se evidencia su cumplimiento para este ámbito.

|  |  |
| --- | --- |
| **Característica** | **Descripción de las condiciones de cumplimiento** |
| AOC 1.2 |  |

Señale los puntos de verificación que **“no aplican”** para las características obligatorias.

|  |  |
| --- | --- |
| **Característica** | **Fundamento** |
| AOC 1.2 |  |

## ÁMBITO: COMPETENCIAS DEL RECURSO HUMANO (RH)

***Las prestaciones son realizadas por personal que cumple con el perfil requerido, en términos de habilitación y competencias.***

Complete la siguiente tabla:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Componentes | Describa los resultados o situación observada en su evaluación respecto de esta 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 2.1 |  |  |  |
| RH 3.1 |  |  |  |
| RH 4.1 |  |  |  |

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

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

Respecto de las ***características que le son obligatorias describa*** como se evidencia su cumplimiento para este ámbito.

|  |  |
| --- | --- |
| **Característica** | **Descripción de las condiciones de cumplimiento** |
| RH 1.1 |  |
| RH 1.2 |  |

## 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:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Componentes | Describa los resultados o situación observada en su evaluación respecto de esta característica | Metodología de autoevaluación utilizada | Medidas de aseguramiento o mejoramiento que se implementaron a partir de la autoevaluación |
| REG 1.1 |  |  |  |
| REG 1.2 |  |  |  |

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

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

## ÁMBITO: SEGURIDAD DEL EQUIPAMIENTO (EQ)

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

Complete la siguiente tabla:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Componentes | Describa los resultados o situación observada en su evaluación 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 2.1 |  |  |  |

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:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Componentes | Describa los resultados o situación observada en su evaluación 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 |  |  |  |

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 PROCESOS.***

***Componente APL Laboratorio clínico***

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

Complete la siguiente tabla:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Componentes | Describa los resultados o situación observada en su evaluación respecto de cada componente | Metodología de evaluación utilizada | Medidas de aseguramiento o mejoramiento que se implementaron a partir de la autoevaluación |
| APL 1.1 |  |  |  |

Si la ***característica no aplica***, fundamente su respuesta

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

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

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

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Apellido Paterno** | **Apellido Materno** | **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**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Apellido Paterno** | **Apellido Materno** | **Nombres** | **RUT** | **Profesión** | **Entidad Asesora** | **Período de asesoría** |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

1. **INDICADORES UTILIZADOS**

**LABORATORIOS CLÍNICOS**

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, para su institución.

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

|  |  |
| --- | --- |
| **CÓDIGO DE LA CARACTERÍSTICA** | **GP 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** | **GP 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** | **GP 1.6** |
| 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** | **AOC 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 |  |

**7. EVENTOS ADVERSOS**

**Mencione los eventos adversos que su institución tiene incluidos en su sistema de vigilancia:**

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

**8. CARTERA DE SERVICIOS**

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

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

**9. ORGANIGRAMA**

**Anexar organigrama del Establecimiento.**

**10. PLANOS O CROQUIS DEL ESTABLECIMIENTO**

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