

**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***

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| N° resolución | Tipo de Prestador | Fecha | Autoridad que la dicta | Dirección o ubicación |
|   |  |   |   |   |
|   |  |   |   |   |
|   |  |   |   |   |

**B.2. *DIRECTOR TÉCNICO***

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

**B.3. Salas de Procedimientos**

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

\* 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** ***SERVICIOS DE APOYO***

**LABORATORIO CLÍNICO**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Unidades Autorizadas | N° resolución | Fecha | Autoridad que la dicta | Dirección o Ubicación \*  | N/A |
| Instalación y funcionamiento  |  |  |  |  |  |   |
| Sala de toma de muestra |  |  |  |  |  |   |
| Tipo de exámenes autorizados |   |
| HEMATOLOGÍA |  | BIOQUÍMICA |  | MICROBIOLOGÍA |  | BIOLOGÍA MOLECULAR |  |
|  | Nombre del profesional | N° resolución | Fecha | Autoridad que la dicta | Dirección o ubicación |
| 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)

**Banco se sangre / UMT**

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

**servicio de transporte de enfermos**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| *Vehículo* | *Año* | *Marca* | *Modelo* | Unidades Autorizadas | N° resolución | Fecha | Autoridad que la dicta | Dirección o Ubicación \*  | N/A |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |
| TIPO DE MÓVIL:  | MEDICALIZADA(M3) |  | AVANZADA (M2) |  | BASICA (M1) |  |  |
|  | Nombre del profesional /RUT | N° resolución | Fecha | Autoridad que la dicta | Dirección o ubicación |
| 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)

**esterilización**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Unidades Autorizadas | N° resolución | Fecha | Autoridad que la dicta | Dirección o Ubicación \*  | N/A |
| Instalación y funcionamiento |  |  |  |  |  |   |
| autoclave |  |  |  |  |  |   |
|  |  |  |  |  |  |   |

\* 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)

**farmacia / BOTIQUÍN**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Unidades Autorizadas | N° resolución | Fecha | Autoridad que la dicta | Dirección o Ubicación \*  | N/A |
| Instalación y funcionamiento |  |  |  |  |  |   |
|  |  |  |  |  |  |   |
|  | Nombre del profesional /RUT | N° resolución | Fecha | Autoridad que la dicta | Dirección o ubicación |
| 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.5.**  ***OTRAS INSTALACIONES (ESPECIFIQUE)***

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Unidades Autorizadas | N° resolución | Fecha | Autoridad que la dicta | Dirección o Ubicación \*  |
| Instalación y funcionamiento |  |  |  |  |   |
|  |  |  |  |  |   |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

\* 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.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 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**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 (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 UNIDADES DE QUIMIOTERAPIA AMBULATORIA”

## 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 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** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

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** |
| DP1.1 |  |

## 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 |  |  |  |

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** |
| CAL 1.1 |  |

**ÁMBITO: GESTIÓN CLINICA (GCL)**

***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 |
| 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** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

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

|  |  |
| --- | --- |
| **Característica** | **Descripción de las condiciones de cumplimiento** |
| GCL 1.3 |  |
| GCL 1.4 |  |
| GCL 1.5 |  |

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

|  |  |
| --- | --- |
| **Característica** | **Fundamento** |
| GCL 1.3 |  |
| GCL 1.5 |  |

## 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 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:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 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 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** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

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 |  |

## 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 |  |  |  |
| REG 1.3 |  |  |  |
| REG 1.4 |  |  |  |

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** |
| REG 1.1 |  |

## 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:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 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 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:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 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 |  |  |  |
| 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 APL laboratorio clínico***

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

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 |  |  |  |

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:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 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 |
| APF 1.1 |  |  |  |
| APF 1.2 |  |  |  |

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** |
| APF 1.2 |  |

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

|  |  |
| --- | --- |
| **Característica** | **Fundamento** |
| APF 1.2 |  |

***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:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 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 |
| 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:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 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 |
| 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:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 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 |
| 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**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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** | **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** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

**8. 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)**

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

**9. ORGANIGRAMA**

**Anexar organigrama del Establecimiento.**

**10. PLANOS O CROQUIS DEL ESTABLECIMIENTO**

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