

	Título documento:	Protocolo de requisitos aplicables a Unidades de Podología – U.4.			
	Inspección de Servicios Sanitarios	Fecha edición:	2017	Fecha última versión:	2018
	Programa de:	Centros y Servicios Sanitarios		Versión	1

PROTOCOLO DE REQUISITOS DE UNIDADES DE PODOLOGÍA – U.4

La Unidad asistencial denominada U.4 Podología se define como aquella en la que un podólogo es responsable de prestar cuidados específicos propios de su titulación relacionados con la patología de los pies.

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
- Quiropodología.	☐	☐
- Estudios biomecánicos.	☐	☐
- Cirugía podológica (sólo anestesia local).	☐	☐
- Cirugía podológica que requiere anestesia raquídea o sedación (aplicar protocolo de cma).	☐	☐
- Ortopodología.	☐	☐
- Láser.	☐	☐

ÍNDICE DEL PROTOCOLO DE REQUISITOS DE UNIDADES ASISTENCIALES DE PODOLOGÍA – U.4.

A) DATOS DEL CENTRO SANITARIO.	Pg.	1
B) CARTERA ASISTENCIAL.	Pg.	2
C) PROTOCOLO DE UNIDADES ASISTENCIALES DE PODOLOGÍA.		
1.- DERECHO Y GARANTÍA DE LOS PACIENTES.	Pg.	4
1.1.- DERECHO A LA INTIMIDAD.	Pg.	4
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.	7
1.5.- DERECHO DE PARTICIPACIÓN DE LA CIUDADANÍA.	Pg.	9
1.6.- DERECHO A LA SEGURIDAD DEL PACIENTE.	Pg.	9
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.	10
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.	15
5.- RESULTADOS.	Pg.	17
6.- EQUIPAMIENTO.	Pg.	17
6.1.- EQUIPAMIENTO ESPECÍFICO.	Pg.	17
- QUIROPODOLOGÍA.	Pg.	17
- EXPLORACIÓN BIOMECÁNICA.	Pg.	18
- ÁREA QUIRÚRGICA.	Pg.	19
- ORTOPODOLOGÍA.	Pg.	19
- LÁSER.	Pg.	20
7.- PERSONAL SANITARIO.	Pg.	21
8.- REALIZACIÓN DE INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS FUERA DEL CENTRO.	Pg.	21
RELACIÓN DE DOCUMENTOS QUE DEBEN ESTAR DISPONIBLES DURANTE LA VISITA DE INSPECCIÓN.	Pg.	24

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.

U.4. 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
• 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.	☐	☐
• Dispone de sala de espera con capacidad y mobiliario adecuados que garanticen la confortabilidad de los usuarios.	☐	☐
• Dispone de consulta o despacho profesional y área de exploración que permiten llevar a cabo la atención sanitaria garantizando la intimidad de la persona. Estos espacios pueden ser independientes o integrados. En el caso de estar integrados, existen medidas estructurales que garanticen la separación funcional entre ambos¹.	☐	☐

OBSERVACIONES:

¹ La separación será completa y adecuada cuando exista riesgo de contaminación en función de la actividad desarrollada. En este caso, la sala será de uso exclusivo a este fin. Cuando se precise aislamiento las condiciones de las salas permitirán adoptar las medidas adecuadas a cada caso.

VERIFICACIÓN:

--

	SI	NO
U.4. 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:		

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
U.4. 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:		

	SI	NO	N/A
U.4. 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:			

	SI	NO	N/A
U.4. 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 afirmarlo, 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 clínico-estadística. d) La anamnesis y la exploración física. e) La evolución. g) La hoja de interconsulta. h) Los informes de exploraciones complementarias. n) La aplicación terapéutica de podología.			
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:			

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
U.4. 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.	☐	☐	☐
OBSERVACIONES: El primer punto (registro del proceso verbal) solo es aplicable en centros en funcionamiento.			
VERIFICACIÓN:			

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
U.4. 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:		

	SI	NO
U.4. DG.08 El Centro tiene la obligación de archivar la documentación e 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:		

	SI	NO	N/A
U.4. 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.	☐	☐	☐
OBSERVACIONES:			
VERIFICACIÓN:			

• 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:		

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
U.4. 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:		

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
U.4. SP.02 Se llevan a cabo medidas generales de higiene de manos y uso correcto de guantes. <i>(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.)</i>	☐	☐
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:		

	SI	NO	N/A
U.4. 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:			
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:			

	SI	NO
U.4. 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 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:		

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	N/A
U.4. 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 y registro 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:

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
U.4. 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 .	☐	☐	☐
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:			

	SI	NO
U.4. 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:		

	SI	NO
U.4. 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:		

	SI	NO
U.4. 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 la 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:		

	SI	NO
U.4. 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
U.4. 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:		

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
U.4. 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:		

U.4. 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.	☐	☐
OBSERVACIONES:		
VERIFICACIÓN:		

	SI	NO
U.4. 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:		

	SI	NO	N/A
U.4. PA.04 En caso de realizar 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
U.4. 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
U.4. 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 ESPECÍFICO.

QUIROPODOLOGÍA.

	SI	NO
U.4. E.01 El área clínica destinada al tratamiento quiropodológico, dispondrá del siguiente equipamiento:		
Sillón podológico con sistema de iluminación y con movimientos adecuados de perneras y de Trendelembourg.	☐	☐
Taburete adecuado para el podólogo.	☐	☐
Mesita auxiliar o bandeja articulada capaz de albergar el instrumental.	☐	☐
Mobiliario para el almacenamiento de instrumental en condiciones adecuadas.	☐	☐
Instrumental: Equipo con micromotor con juego de fresas, sistema de aspiración, mangos de bisturí, pinzas de Adson, alicates para uñas, gubias, y tijeras.	☐	☐
Material fungible de un solo uso: guantes, gasas, vendas, algodón, apósitos, hojas de bisturí estériles, esparadrapo, jeringas, agujas y mascarillas.	☐	☐

• Cubo clínico.	☐	☐
OBSERVACIONES:		
VERIFICACIÓN:		

U.4. E.02

Deberá disponer de la siguiente **medicación**:

	SI	NO
• Antisépticos.	☐	☐
• Antibióticos tópicos.	☐	☐
• Antiinflamatorios tópicos y locales.	☐	☐
• Cáusticos.	☐	☐
• Hemostáticos.	☐	☐
• Anestésicos de uso tópicos.	☐	☐
• Antisépticos.	☐	☐
• Si disponen de anestésicos locales deberán tener adrenalina y metilprednisolona inyectables.	☐	☐
OBSERVACIONES:		
VERIFICACIÓN:		

EXPLORACIÓN BIOMECÁNICA.

U.4. E.03

Si la oferta de servicios incluye los estudios biomecánicos:

	SI	NO
• Banco de marcha o podoscopio.	☐	☐
• Una camilla o sillón reclinable (para exploración en sedestación).	☐	☐
• Goniómetro.	☐	☐
• Martillo de reflejos.	☐	☐
• Plomada.	☐	☐
• Pedígrafo o sistema para hacer improntas plantares.	☐	☐
OBSERVACIONES:		
VERIFICACIÓN:		

ÁREA QUIRÚRGICA.

U.4. E.04

El área clínica destinada al tratamiento quiropodológico, dispondrá del siguiente equipamiento:

	SI	NO
• Sillón podológico con sistema de iluminación y con movimientos adecuados de perneras y de Trendelembourg.	☐	☐
• Lámpara articulada con luz fría.	☐	☐
• Mesita auxiliar o bandeja articulada capaz de albergar el instrumental necesario para cada intervención podológica.	☐	☐
• Instrumental: mangos de bisturí, pinzas de disección, alicates, gubias, limas, cucharillas, mosquitos y tijeras.	☐	☐
• Material fungible de un solo uso: guantes estériles, gasas, paños estériles, vendas, apósitos, esparadrapo, jeringas, agujas, mascarillas y batas para cirugía.	☐	☐
• Cubo clínico.	☐	☐
OBSERVACIONES:		
VERIFICACIÓN:		

U.4. E.05

Deberá disponer de la siguiente **medicación**:

	SI	NO
• Antisépticos.	☐	☐
• Anestésicos locales.	☐	☐
• Antiinflamatorios.	☐	☐
• Cáusticos.	☐	☐
• Antibióticos.	☐	☐
• Salbutamol.	☐	☐
• Analgésico tipo metamizol magnésico inyectable.	☐	☐
OBSERVACIONES:		
VERIFICACIÓN:		

ORTOPODOLOGÍA.

U.4. E.06

Si la oferta de servicios incluye ortopodología.

	SI	NO
• Una lijadora con aspiración y sus accesorios.	☐	☐
• Una pistola de aire caliente.	☐	☐
• Una sierra eléctrica.	☐	☐

OBSERVACIONES:
VERIFICACIÓN:

LÁSER.

U.4. LS.01

Los centros que dispongan de tecnología láser tipos 3B, 4 (UNE- EN 60825-1:2015) e IPL, han de tener **una sala** para la utilización de estos aparatos que ha de cumplir las condiciones siguientes:

	SI	NO
• Esta perfectamente delimitada, señalizada, que evite la atención simultánea de pacientes y de acceso exclusivo y restringido al personal sanitario.	☐	☐
• Está dotada de sistema de bloqueo automático o manual que impide el acceso accidental a la misma en el momento de la emisión del láser o con una señalización luminosa de aviso en el exterior inmediato en la zona.	☐	☐
• Existen señales de advertencia en lugares visibles en la zona de acceso inmediato al área. Las señales de advertencia consistirán en un triángulo de fondo amarillo y canto negro con una estrella negra de 24 trazos alternativamente largos y cortos en su interior, uno de ellos conectado al canto del triángulo (EN 60-825.1992, sec. 10.5 y 12.5 e).	☐	☐
OBSERVACIONES:		
VERIFICACIÓN:		

U.4. LS.02

Las salas deben cumplir los siguientes requisitos:

	SI	NO
• Las superficies, el mobiliario y el equipamiento son antirreflectantes y de materiales ignífugos.	☐	☐
• Las ventanas "no opacas" tienen que protegerse con material de densidad óptica, para evitar que la luz del láser se escape de la sala.	☐	☐
OBSERVACIONES:		
VERIFICACIÓN:		

U.4. LS.03

Equipamiento para tratamientos por láser y sistemas de luz pulsada.

	SI	NO
• Dispone de un sistema de protección ocular específico, según determine el manual de especificaciones de cada aparato, para el paciente y personal que aplique el láser.	☐	☐
• Dispone de geles refrigerantes para aplicar en la zona tratada, sabanillas, batas y cualquier material de lencería que es de algodón o similar para minimizar los riesgos de ignición.	☐	☐
OBSERVACIONES:		
VERIFICACIÓN:		

7.- PERSONAL SANITARIO.

	SI	NO
U.4. PS.01 ¿Coincide el personal del centro con el aportado en el expediente?	☐	☐
OBSERVACIONES:		
VERIFICACIÓN:		

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
U.4. 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:		

8.- REALIZACIÓN DE INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS FUERA DEL CENTRO.

	SI	NO	N/A
U.4. 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:

U.4. IQ.02 Se ha aportado copia del contrato/acuerdo con el hospital o centro quirúrgico donde se realizaran 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	Formularios de consentimientos informados, (SP).	DG.06
5	Procedimiento para archivar y proteger la historia clínica.	DG.08
6	Procedimiento de protección de la confidencialidad y acceso a la historia clínica, (SP).	DG.09
7	Declaración de los ficheros en la Agencia de Protección de Datos, (SP).	DG.09
8	Procedimiento para la gestión de las reclamaciones.	DG.10
9	Registro de pacientes.	SP.01
10	Protocolo de higiene de manos y uso correcto de guantes.	SP.02
11	Protocolo para la prevención de infecciones, (SP).	SP.03
12	Protocolo de esterilización, (SP).	SP.04
13	Registro de los controles de esterilización, (SP).	SP.04
14	Registro de control de la caducidad de los medicamentos, (SP).	SP.05
15	Licencia municipal de apertura.	SE.01
16	Comunicación de puesta en servicios de las instalaciones a Industria, (SP).	SE.01
17	Protocolos de limpieza y desinfección de locales e instalaciones y del equipamiento general.	SE.02
18	Protocolo de gestión de residuos, (SP).	SE.03
19	Censo de los equipos electromédicos, (SP).	SE.04
20	Plan de mantenimiento de los equipos, (SP).	SE.04
21	Inscripción en el registro de instalaciones de Rx, (SP).	SE.05
22	Cartera de servicios del centro.	OF.01
23	Protocolos asistenciales.	PA.01
24	Procedimiento de notificación de enfermedades profesionales.	PA.03
25	Modelo de receta privada, (SP).	PA.04
26	Acreditación en SVB y en RCP, (SP).	PS.02
27	Contrato con el hospital o centro quirúrgico, (SP).	IQ.02