

ANEXO I PPT

FICHA TÉCNICA CENTRO DE DIÁLISIS

(La presenta ficha técnica deberá acompañarse de las memorias explicativas solicitadas en el PCAP respecto a la valoración de los aspectos señalados en el mismo).

A.- INSTALACIONES

NOMBRE DEL CENTRO
TELÉFONO..... CORREO-E
NOMBRE DEL DIRECTOR O GERENTE.....
NOMBRE DEL RESPONSABLE MÉDICO.....
FECHA DE INICIO DE FUNCIONAMIENTO DEL CENTRO (en centros ya funcionantes).....
EMPRESA (con su CIF) DE LA QUE DEPENDE EL CENTRO.....

1.- PLANTA FÍSICA

- El centro OCUPA:
 - ☐ Todo el edificio.
 - ☐ Parte de un edificio dedicado a actividades no sanitarias.
 - ☐ Parte de una infraestructura sanitaria.
- El centro ESTÁ SITUADO:
 - ☐ En la planta baja.
 - ☐ En un piso ¿Tiene ascensor? ☐ SI ☐ NO
 - Tiene entrada independiente: ☐ SI ☐ NO

Número de metros cuadrados edificados (suma de todas las plantas dedicadas a centro de diálisis) :

2.- PROPIEDAD DEL EDIFICIO (deberá aportarse documentación acreditativa de este apartado)

- ☐ Es propiedad de la empresa.
- ☐ Es alquilado.
- ☐ Otras especificar.

3.- EL EDIFICIO O LA PLANTA DONDE ESTÁ INSTALADO EL CENTRO DE DIÁLISIS DISPONE DE:

	SI	NO
Luz natural en el área de tratamiento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sistema de calefacción central	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sistema de refrigeración central	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ventilación natural o forzada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4.- RESERVA DE PLAZAS DE APARCAMIENTO PARA VEHÍCULOS DE TRANSPORTE SANITARIO

SI ☐ NO ☐

5.- ANTIGÜEDAD / ESTADO (en centros ya funcionantes).

Fecha de construcción:
Fecha reforma estructural:

B.- EQUIPAMIENTO.

- Número de puestos hemodiálisis:

	SI	NO	Nº
Unipunción	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Laboratorio básico (iones-hematocrito)	()	()	()
Electrocardiógrafo	()	()	()
Carro de parada para RCP avanzada	()	()	()
Respirador	()	()	()
Aspirador Gástrico	()	()	()
Desfibrilador	()	()	()
Oxígeno (indicar si central o balas)	()	()	()
Sillas de ruedas	()	()	()
Grupo electrógeno	()	()	()
Ordenador (PC) y conexión a internet	()	()	()
Ecógrafo Doppler	()	()	()

- Características de los sillones de tratamiento. Detallar:
- **DIALIZADORES a utilizar.**
Indicar tipo de membrana, modelo, superficie, Kuf .
- NÚMERO TOTAL DE PUESTOS DE DIÁLISIS.
Indicar el número máximo de monitores que pueden ser puestos en funcionamiento simultáneamente; por disponer de espacio, toma eléctrica, agua y drenaje.
- NÚMERO HABITUAL DE PUESTOS DE DIÁLISIS EN RESERVA:
(El puesto supone disponer de un monitor con su toma de agua etc.)

Número de turnos semanales: (Nº turnos al día por número de días de funcionamiento del Centro a la semana. (Esquema habitual)

C. RECURSOS HUMANOS que prestarán el servicio.

Nº de médicos nefrólogos.

Nº de Enfermeras.

Nº de Auxiliares de Enfermería.

Responsable asistencial del contrato de servicio

Otro personal en función asistencial. Psicólogo/a clínico, Especialista en nutrición y dietética, trabajador social: **atención esta información deberá recogerse en el sobre número 3 de documentación para valoración de criterios automáticos, no incluir ninguna información al respecto en este documento**

Personal administrativo.

Personal celador.

Otro personal no asistencial.

C.- OTROS.

- FUNCIONAMIENTO DEL CENTRO

Días de la semana:

- HORARIO

Días laborables:

Días festivos:

- ESQUEMA PLANTA TRATAMIENTO DE AGUA Y CONTROL DE CALIDAD
- APORTA PLAN DE MANTENIMIENTO INTEGRAL DE EQUIPOS E INSTALACIONES
SI () NO () En caso afirmativo, adjuntar.
- SOPORTE TECNOLÓGICO (descripción y recursos a aportar).
- ESQUEMAS DE DIÁLISIS PREVISTOS

Número de turnos semanales: (Nº de turnos al día por número de días de funcionamiento del centro la semana)

- DECLARACIÓN DE PLAZAS OFERTADAS

El abajo firmante en calidad de representante de la empresa pone a disposición del Servicio Andaluz de Salud el total de plazas que a continuación se detallan:

Fecha, lugar y firma(s) electrónica(s) avanzada(s): [.....]