



GOBIERNO DE CORDOBA
Ministerio de Salud

Fecha				
Cuadernillo de actividades de habilitación Datos Generales del Establecimiento				
Denominación Establecimiento:				
CUIT:				
Nombre Razon Social:				
Tipo Razon Social:				
Director - Apellido y Nombre:				
DNI		Sexo:		
MP:				
Responsable Médico - Apellido y Nombre:				
DNI		Sexo:		
MP:				
Dirección				
Calle:				
Nro:				
Piso:				
Dpto:				
Barrio:				
Localidad:				
Departamento:				
Código Postal:				
Teléfono:				
email:				
Dependencia		SI	NO	Observaciones
Público				
Privado				
INSTRUMENTO DE HABILITACION DE LOS DECLARACION JURADA				
REQUISITOS GENERALES DE FUNCIONAMIENTO Y ORGANIZACIÓN				
	SERVICIO DE HEMOTERAPIA	SI	NO	Observaciones
1.	Servicio de Hemoterapia Categoría "A"			
1.1	Está habilitado por la autoridad de aplicación			
1.2	Realiza la selección y extracción de los donantes			
1.3	Realiza los estudios Inmunoematológicos			
1.4	Realiza pruebas de tamizaje para ITT de acuerdo a las Normas vigentes en la Provincia.			
1.5	Realiza el fraccionamiento y procesamiento de sangre para el empleo de sus Hemocomponentes			
1.6	Realiza transfusión de sangre y hemocomponentes a pacientes receptores, según prescripción médica.			
1.7	Aplica técnicas de aféresis			
1.8	Implementa técnicas de diagnóstico tendientes a aplicar los recursos terapéuticos a su alcance			
1.9	Distribuye hemocomponentes obtenidos a otros Servicios de Hemoterapia			

1.10	Especifique, en Observaciones o en anexo agregado, nombre de los Servicios de Hemoterapia "Cat. B" a quienes le provee Hemocomponentes			
2	Servicio de Hemoterapia Categoría "B"			
2.1	Está habilitado por la autoridad de aplicación			
2.2	Realiza transfusión de sangre y hemocomponentes a pacientes receptores, según prescripción médica .			
2.3	Aplica técnicas de aféresis como recurso terapéutico			
2.4	Implementa técnicas de diagnóstico tendientes a aplicar los recursos terapéuticos a su alcance			
2.5	Depende de un Servicio de Hemoterapia Cat. "A" debidamente habilitado por la autoridad de aplicación. Especifique en Observaciones cual:			
2.6	Depende de un Banco de Sangre debidamente habilitado por la autoridad de aplicación. Especifique en observaciones cual			
3	BANCO DE SANGRE			
3.1	Está habilitado por la autoridad de aplicación			
3.2	Realiza selección y extracción de los donantes			
3.3	Realiza procesamiento, fraccionamiento y distribución de los hemocomponentes obtenidos			
3.4	Realiza pruebas de tamizaje para ITT de acuerdo a las Normas vigentes en la Provincia.			
3.5	Realiza estudios Inmuno hematológicos de las muestras de donantes del Banco de Sangre y de otras instituciones. Especifique en observaciones cual:			
3.6	Especifique, en Observaciones o en anexo agregado, nombre de los Servicios de Hemoterapia "Cat. B" a quienes le suministra Hemocomponentes Sanguíneos			
4	RECURSO HUMANO			
4.1	SERVICIO DE HEMOTERAPIA Categoría "A"			
4.1.1	Jefe de Servicio: Médico especialista en Medicina Transfusional y/o especializado acreditado por autoridad competente			
4.2	SERVICIO DE HEMOTERAPIA Categoría "B"			
4.2.1	Jefe de Servicio: Médico especialista en Medicina Transfusional y/o especializado acreditado por autoridad competente			
4.3	BANCO DE SANGRE			
4.3.1	Jefe de Servicio: Médico especialista en Medicina Transfusional.			
5	CONDICIONES GENERALES DEL ESTABLECIMIENTO			
5.1	SERVICIO DE HEMOTERAPIA "A"			
5.1.1	Cuenta con planos y construcción aprobada por autoridad competente			
5.1.2	Espacio no inferior a 50 m ² , con superficies lavables e iluminación y ventilación suficientes			
5.2	SERVICIO DE HEMOTERAPIA "B"			
5.2.1	Cuenta con planos y construcción aprobada por autoridad competente			
5.2.2	Superficie no inferior a 12 m ² o menor autorizado por autoridad de aplicación			
5.3	BANCO DE SANGRE			

5.3.1	Cuenta con planos y construcción aprobada por autoridad competente			
5.3.2	Superficie completa no inferior a 50 m2			
5.3.3	Estructuras con unidades de extracción fijas, suficientemente amplias, iluminadas, con acceso a servicios higiénicos			
5.3.4	Cuenta con local de lavado de material			
5.3.5	Cuenta con recepción y sala de espera para Donantes.			
6	AREAS QUE FUNCIONAN EN EL ESTABLECIMIENTO			
6.1	AREA ADMINISTRATIVO CONTABLE			
6.1.1	Registro de Donantes habilitado y foliado por el Dpto. del Sistema Prov. de Sangre. Reg. 0631/97			
6.1.2	Registro de Pacientes habilitado y foliado por el Dpto. del Sistema Prov. de Sangre. Reg. 0631/97			
6.1.3	Registro de Ingreso y Egreso de Hemocomponentes y derivados habilitado y foliado por el Dpto. del Sistema Prov. de Sangre. Reg. 0631/97			
6.1.4	Registro de Estudios en donantes y pacientes habilitado y foliado por el Dpto del Sistema Prov de Sangre. Reg. 0631/97			
6.1.5	Registro de Estudios serológicos en donantes y pacientes habilitado y foliado por el Dpto del Sistema Prov de Sangre. Reg. 0631/97			
6.1.6	Registro de Control de Calidad. Reg. 0631/97			
6.1.7	Manual de Técnicas y Procedimientos que aplica el Servicio. Reg. 0631/97			
6.2	AREA DE HEMOTERAPIA			
6.2.1	Sub Área de Extracción de Sangre:			
6.2.1.1	Instrumental médico para el exámen del donante (tensiómetro, balanza, estetoscopio, etc.)			
6.2.1.2	Camillas o sillones de extracción de sangre			
6.2.1.3	Equipamiento y material descartable para la extracción de sangre			
6.2.1.4	Reactivos para Hemotipificación, Genotipificación e Investigación de anticuerpos irregulares.			
6.2.2	Sub Área de Tamizaje de ITT:			
6.2.2.1	Equipamiento para la realización de los estudios de tamizaje para ITT exigidos por ley a las muestras de donantes de sangre.			
6.2.2.2	Reactivos de probada sensibilidad y especificidad			
6.2.2.3	Especificar marca y técnica de reactivos utilizados			
6.2.2.4	Manual de Técnicas y Procedimientos que aplica el Servicio			
6.2.2.5	Registros correspondientes a las pruebas realizadas, a los reactivos empleados y de los resultados obtenidos			
6.2.2.6	Si no realiza los estudios de Tamizaje de ITT, adjuntar informe donde se realiza.			
6.2.3	Sub Área de Procesamiento:			
6.2.3.1	Sellador			
6.2.3.2	Prensa para Plasma			
6.2.3.3	Heladera			
6.2.3.4	Freezer			
6.2.3.5	Centrífuga de tubos			
6.2.3.6	Centrífuga de bolsa refrigerada			
6.2.3.7	Agitadores y/o conservadores de plaquetas			
6.2.3.8	Manual de Técnicas y Procedimientos que aplica el Area			
6.3	AREA INMUNOHEMATOLOGÍA			

6.3.1	Centrífugas			
6.3.2	Baño de María			
6.3.3	Microscopio o lupa			
6.3.4	Aglutinoscopio			
6.3.5	Material de vidrio			
6.3.6	Técnicas de Test en Gel			
6.3.7	Técnicas de Microplaca			
6.3.8	Pipetas graduadas de vidrio o pipetas automáticas de volumen fijo o variable			
6.3.9	Sueros			
6.3.8	Hemotipificadores (anti A, anti B, anti D, anti AB)			
6.3.9	Genotipificadores (anti CDE, anti C, Anti c, anti E, anti e)			
6.3.10	Suero Coombs			
6.3.11	Medios potenciadores			
6.3.12	Sueros para la determinación de los subgrupos del A, sueros anti A 1 y anti H			
6.3.13	Sueros especiales para la determinación de otros sistemas sanguíneos			
6.3.14	Paneles globulares para la investigación de anticuerpos irregulares			
6.3.15	Reactivos para inmunohematología elaborados en el Servicio de Hemoterapia o Banco de Sangre avalados por el Dpto. del Sistema Provincial de Sangre y habilitados por la autoridad de aplicación.			
6.3.16	Paneles celulares comerciales o de elaboración propia para la determinación inversa del grupo sanguíneo			
6.3.17	Drogas y reactivos necesarios para la aplicación de técnicas especiales de diagnóstico inmunohematológico, establecidas en el Manual de Técnicas y Procedimientos del Servicio			
6.4	AREA FRACCIONAMIENTO Y AFERESIS			
6.4.1	Centrífugas para bolsas de sangre refrigeradas			
6.4.2	Crioprecipitadores y/o Pozo de frío			
6.4.3	Separadores Celulares			
6.4.4	Agitador de plaquetas			
6.4.5	Prensa para Plasma			
6.5	AREA DE HEMOSTASIA Y TROMBOSIS			
6.5.1	Reactivos, materiales e instrumental necesarios y adecuados para el funcionamiento del área acorde con las especificaciones del Manual de Técnicas y Procedimientos del área			
6.5.2	Registro de estudios realizados			
6.6	AREA ASISTENCIAL			
6.6.1	Brinda el confort mínimo necesario para el tratamiento de pacientes ambulatorios que no requieren internación			

ESTE CUADERNILLO REVISTE CARÁCTER DE DECLARACION JURADA POR LA INSTITUCION PARA SER INGRESADO AL EXPEDIENTE CORRESPONDIENTE.