

DIRECCION DE SEGURIDAD DEL PACIENTE
REGISTRO DE INSTITUCIONES DE SALUD CON SERVICIOS DE
NEONATOLOGIA**FICHA DE INCRIPCION (INSTITUCIONES DE MAS DE 100 CAMAS)****Nº****INSTITUCION**

Nombre: _____ Teléfono: _____
Domicilio: _____ Localidad/ Dpto: _____
Mail: _____@_____

RESPONSABLES

Director Médico: _____ M.P.: _____
Mail: _____ T.E: _____

NEONATOLOGIA

Nº de unidades totales: _____ Nº de unidades UCIN: _____
Nº de unidades UTIN: _____ Nº de unidades UMN: _____

REQUISITOS PARA LA PREVENCIÓN Y CONTROL DE INFECCIONES HOSPITALARIAS

- 1- Disposición de la Dirección Médica designando el Comité de Infección Hospitalaria con un Coordinador ☐
- 2- Plan anual de Vigilancia, Prevención y Control de Infecciones Hospitalarias ☐
- 3- Libro de Acta ☐
- 4- Inscripción y Adhesión a las Normas del Programa VIHDA ☐

Datos de quien realiza la inscripción:

Nombre y Apellido: _____ DNI.: _____
Cargo: _____ Fecha: ____/____/____