

Instrumento de relevamiento de **SECTORES DE ATENCIÓN DE LA SALUD**

(Complementar con Anexo nro. 1)

Fecha:	
Nombre de observador/asesor:	
Unidad:	
UR/Módulo:	
Cantidad de alojados en la UR/Módulo:	
Niveles de atención de salud que tiene la unidad: <i>(indicar todas las que correspondan)</i>	- 1er. Nivel (Atención primaria) <input type="checkbox"/> - 2do. Nivel (Hospital general) <input type="checkbox"/> - 3er. Nivel (Alta Complejidad) <input type="checkbox"/>
Cantidad de profesionales:	
Especialidades que se atienden:	
¿Posee guardias activas?	
¿Posee guardias pasivas?	
¿Posee farmacia?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
¿Hay ambulancias para traslado de pacientes?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
-Con equipamiento básico para atención inicial	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
-Con equipamiento para terapia intensiva	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Acceso para movilidad reducida: (rampas, barandas, acceso sillas de ruedas, baños discapacitados)	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Algunos <input type="checkbox"/>

1. Consultorios para atención médica– Enfermerías *(en el caso de los Complejos, completar uno por cada UR)*

Camilla rígida	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Colla de sujeción cervical (cuello minerva)	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Cánula de mayo	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Tubos de oxígeno	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Tensiómetro	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Estetoscopio	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Termómetro	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Ambú (resucitador manual)	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Hemoglucotest	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Botiquín de emergencia	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Desfibrilador apto para la utilización de personal no entrenado	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>

2. Consultorios para atención de otros profesionales de la salud *(en el caso de los Complejos, completar uno por cada UR)*

Escritorio	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Sillas (al menos 2)	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Puerta	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
¿Se encuentra limpio?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Iluminación	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Ventilación	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>

3. Sala de Reanimación y Estabilización Hemodinámica (Sala de Shock-room)

Camilla con cabecera rebatible, articulada, con espacio para proceder desde la cabecera a maniobras de reanimación	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Monitor multiparamétrico	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Alarmas y sistemas de comunicación	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Enchufes en cantidad suficiente (no menos de 5), a 70 cm de suelo	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Tubos de oxígeno con válvula reductora y aspirador eléctrico portátil (motor de ¼ HP como mínimo)	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Pileta de lavado de manos con canilla y profunda	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Paredes y cobertura de pisos lavables	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Rotura adecuada	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Tensiómetro	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Estetoscopio	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Termómetro	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Electrocardiógrafo	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Paleta desfibrilador adultos	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Monitor cardioversor y desfibrilador con electrodos descartables	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Oxímetro de pulso	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Cánulas orofaríngeas	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Sets de intrubación: -Laringoscopio de 3 ramas rectas y tres ramas curvas con pila -Tubos endotroqueales con mandril	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Equipamiento para cricotricotiroideostomía	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Equipamiento para traqueostomía con cánulas ad-hoc adulto	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Bolsas máscaras con reservorio (tipo ambú)	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Caja de cirugía menor (1)	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Caja de sutura (2)	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>

Caja de punción abdominal (1)	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Gasas furancinadas	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Gasas vaselinadas	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Film para quemaduras	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Geles para quemaduras (Platsul A o similar)	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Sábana fría esteril	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Tabla larga con inmovilizadores	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Collar tipo Philadelphia de distintas tamaños	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Férula de inmovilización	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Camilla para traslados	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Pote vaselina	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Guantes descartable	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Carro de paro cardiaco	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>