

**ACTA DE VISITA DE VERIFICACIÓN SANITARIA  
AMBIENTE DE HOSPITALIZACIÓN TEMPORAL (AHT)**

Fecha y hora de la Visita:

Fecha de Inicio:

Hora de Inicio : .....horas

Fecha de Término:

Hora de Término: .....horas

**a) DATOS DE LA IPRESS**

Denominación/Nombre	
Dirección	
Tipo	Público <input type="checkbox"/> Privado <input type="checkbox"/>
Nombre del director de la IPRESS	
Responsable del AHT	
Ubicación de la UPSS (piso y a lado de que servicios)	

**b) DATOS DEL PERSONAL AL MOMENTO DE LA VERIFICACIÓN SANITARIA**

Nº	NOMBRES Y APELLIDOS	PROFESION	CARGO	N.º DNI
01				
02				
03				
04				

A quien(es) se le explica el motivo de la visita de verificación sanitaria, efectuada por las siguientes personas designadas de la Dirección Regional de Salud Junín:

Nº	NOMBRES Y APELLIDOS	PROFESIÓN	CARGO	DNI
01				
02				

Para el desarrollo, se aplica la *Lista de verificación sanitaria para Ambiente de Hospitalización Temporal* (AHT), en el marco legal del Decreto supremo N° 013-2006-SA "Reglamento de Establecimientos de Salud y servicios médicos de apoyo", RM N°546-2011/MINSA, que aprueba la NTS. N° 021-MINSA/DGSP-V.03 "Norma técnica de Salud Categorías de Establecimientos del Sector Salud", RM. N° 455-2020-MINSA que aprueba la directiva sanitaria N° 109-MINSA/2020/DGAIN: "Directiva Sanitaria para el Cuidado de Salud en Ambiente de Hospitalización Temporal y Ambiente de Atención Crítica Temporal para Casos Sospechosos o Confirmados, Moderados o Severos por Infección por COVID-19, en el marco del Decreto de Urgencia N° 055-2020 y sus modificatorias".

Efectuada la vista de verificación sanitaria, en el marco de las atribuciones que le confieren como Autoridad de Salud a nivel Regional, establecidos en las normas técnicas de salud vigentes, se manifiestan los siguientes hallazgos:

[illegible][illegible][illegible][illegible]

**COMENTARIOS**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

En señal de conformidad y constancia de las acciones realizadas en la verificación sanitaria, firman el presente los siguientes:

FIRMA Y SELLO DE DIRECTOR DE LA IPRESS Y/O RESPONSABLE DEL AHT/IPRESS

FIRMA Y SELLO DE REPRESENTANTES DE LA DIRESA JUNIN

**LISTA DE VERIFICACIÓN SANITARIA  
AHT - COVID 19**

**INFRAESTRUCTURA**

<b>INGENIERÍA SANITARIA</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>	<b>OBSERVACIÓN</b>
Cuenta con sala de espera			
Cuenta con ambiente de admisión			
Cuenta con área o ambiente de triaje implementado			
Cuenta con área o ambiente de Star de enfermería			
Circuitos de atención diferenciados (flujos establecidos) para recorrido de personal y recorrido de pacientes			
Cuenta con un lavamanos por cada 10 camas o 20 camas considerando la disponibilidad de un dispensador alcohol gel por cada cama.			
Cuenta con ambiente adecuado para almacenamiento de medicamentos e insumos			
cuenta con módulo para oxígeno			
Cuenta con almacén intermedio o final de residuos sólidos			
Cuenta con almacén de ropa sucia			
<b>INSTALACIONES</b>			
Sanitarias: agua fría y desagüe permanente			
Cuenta con servicios higiénicos operativos para pacientes			
Cuenta con servicios higiénicos operativos para personal de salud			
Cuenta con ambiente duchas y vestidor para descontaminación del personal			
Cuenta con grupo electrógeno			
Agua caliente parcial, en ambientes necesarios			
Cuenta con equipos de extracción con sistema de filtros HEPA			
Cuenta con sistema de oxígeno y vacío			
Sistema de iluminación adecuada natural y artificial en ambientes			
Sistema de ventilación adecuada natural y/o artificial en ambientes			
Teléfonos o intercomunicadores internos			
Teléfono externo			
Ambientes con luz natural			
Sistema aire acondicionado operativo			

**LISTA DE VERIFICACIÓN SANITARIA  
AHT - COVID 19**

**EQUIPAMIENTO**

<b>EQUIPOS BIOMÉDICOS</b>	<b>SI</b>	<b>Cantidad</b>	<b>NO</b>	<b>OBSERVACIÓN</b>
laringoscopio				
estetoscopio				
Termómetro digital				
Tensiómetro				
estetoscopio				
Oxímetro de pulso				
Camilla de transporte				
Coche de distribución de medicamentos				
Desfibrilador con monitor				
Coche de paro implementado				
Aspirador secreciones portátil				
Camas clínicas				
Camas clínicas con barandales				
Velador del paciente				
Porta sueros				
Mesa de alimentación telescópica				
Refrigeradora				
Monitores multiparámetros				
Coche de curación equipado				
Sillas de rueda				
Bombas de infusión de 2 o 3 canales				
Insumos para oxigenoterapia				

**Si cuenta con Servicio de imágenes (RAYOS X) verifique:**

<b>EQUIPOS</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>	<b>OBSERVACIÓN</b>
Rayos X digital portátil			
Equipo ecógrafo portátil			
Mandil emplomado			

**LISTA DE VERIFICACIÓN SANITARIA  
AHT - COVID 19**

**RECURSOS HUMANOS**

RELACIÓN DE PERSONAL MÍNIMO (UCI GENERAL)	SI	NO	Cantidad	OBSERVACIÓN
Médico jefe: ( <i>habilitación vigente, título profesional, título especialista</i> )				
Médico asistencial: especialidad ( <i>habilitación vigente, título profesional, título especialista, capacitación en RCP básico y avanzado, tratamiento COVID-19</i> )				
Médico cirujano general				
Jefe de Enfermería: especialidad enfermería intensiva ( <i>habilitación vigente, título profesional, título especialista (opc), capacitación en gestión</i> )				
Enfermero asistencial: especialidad de corresponder ( <i>habilitación vigente, título profesional y otros</i> )				
Téc. Enfermería				
Otros ( <i>detalle</i> )				

## LISTA DE VERIFICACIÓN SANITARIA AHT - COVID 19

### DOCUMENTOS DE GESTIÓN

Documentos	SI	NO	OBSERVACIÓN
Manual de organización y funciones del AHT (MOF) o ROF			
Instructivo de los procesos técnico administrativos del AHT (MAPRO)			
Guías de los procedimientos asistenciales más frecuentes (protocolos) médicos y de enfermería			
Registros de admisión de pacientes y gestión de camas			
Registro de casos de infecciones intrahospitalarias			
Registro de complicaciones, ocurrencias de eventos e incidentes adversos			
Cuenta con plan de mantenimiento preventivo y correctivo de equipos y evidencia de los mismos			
Cuenta con plan de capacitación anual al personal de salud			
Cuenta con plan de contención ante emergencias			
Libro de reclamos y/o sugerencias			

### ORGANIZACIÓN PARA LA ATENCIÓN

Documentos	SI	NO	OBSERVACIÓN
Cumple el AHT con funcionar en forma permanente las 24 horas al día ( <i>ver horario programación</i> )			
Se cumple con las actividades programadas de limpieza y desinfección de ambientes según normativa vigente			
Cuenta con servicio de alimentación			
Cuenta con área o ambiente para manejo de cadáveres			
Cuentan las Historias clínicas con los formatos correspondientes.			
Las Historias Clínicas están llenadas adecuadamente, letra legible, no enmendaduras, según norma técnica			
Se cumple con un manejo adecuado de los residuos sólidos hospitalarios.			

### GESTIÓN DE MEDIDAS PROTECTORAS

Documentos	SI	NO	OBSERVACIÓN
Cuenta con dispensadores de alcohol gel en los ambientes			
Pacientes portan mascarilla quirúrgica			
Se provee de EPP a paciente que requiera traslado para toma de muestras o exámenes necesarios.			
Cuenta con los insumos para la limpieza y desinfección de superficies según normativa.			
El personal de salud dispone y cumple con el uso de barreras de protección (guantes, lentes, mandilones, mascarillas, gorros) establecidas en los protocolos o guías para la prevención y control de infecciones.			
Cumple con verificar que cuenta con los insumos necesarios para realizar el lavado de manos clínico.			
Evidencia de la aplicación correcta de lavado de manos (cumplimiento de la norma de lavado de manos)			