

**ACTA DE VISITA DE VERIFICACIÓN SANITARIA
CENTRO DE AISLAMIENTO TEMPORAL Y SEGUIMIENTO (CAT)**

Fecha y hora de la Visita:

Fecha de Inicio :Hora de Inicio :horas

Fecha de Término:.....Hora de Término:horas

a) DATOS GENERALES

Denominación/Nombre del CAT			
Dirección			
Tipo	Público <input type="checkbox"/>	Privado <input type="checkbox"/>	
Nombre del director o Resp. del CAT			

b) DATOS DEL PERSONAL AL MOMENTO DE LA VERIFICACIÓN SANITARIA

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

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

Nº	NOMBRES Y APELLIDOS	PROFESIÓN	CARGO	DNI
01				
02				
03				

Para el desarrollo, se aplica la *Lista de verificación sanitaria, del Centro de Aislamiento Temporal (CAT)*, en el marco legal de la Directiva Sanitaria N° 102-MINSA/2020/DGIESP Directiva Sanitaria para la atención de salud en Centros de Aislamiento Temporal y seguimiento de casos de COVID-19 en el Perú aprobado con Resolución Ministerial N° 314-2020-MINSA. 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", RD. N° 974-2020-DRSJ/OEGDRH, que aprueba el Acta de visita y la Lista de verificación sanitaria del Centro de Aislamiento Temporal-Servicio Médico de Apoyo.

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:

MÓDULO DE INFRAESTRUCTURA

.....

.....

.....

.....

.....

.....

MÓDULO DE EQUIPAMIENTO

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

MÓDULO DE RECURSOS HUMANOS

.....

.....

.....

.....

.....

.....

MÓDULO DE ORGANIZACIÓN PARA LA ATENCIÓN

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

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 Y/O REPRESENTANTE DEL CAT

FIRMA Y SELLO DE REPRESENTANTES DE LA DIRESA JUNIN

LISTA DE VERIFICACIÓN SANITARIA CAT

INFRAESTRUCTURA

INSTALACIONES	SI	NO	OBSERVACIÓN
Área total del CAT (<i>el área mínima es 750m²</i>)			Especifique área.....
Capacidad total de camas para aislamiento de pacientes (<i>capacidad mínima 50 camas</i>)			Especifique capacidad N°.....
N° total de pisos			
Cuenta con licencia de funcionamiento, cesión de uso, contrato			
Cuenta con autorización de defensa civil			
Material noble, estructuras sismo resistentes, material liso, lavable e impermeabilidad.			
Accesos con rampa para discapacitados			
Accesos a cuartos y otros, permite el tránsito			
Sanitarias: agua fría y desagüe			
Agua caliente parcial en ambientes (<i>opcional</i>)			
Teléfonos o intercomunicadores internos (cuartos)			
Teléfono externo			
Ambientes con luz y ventilación natural			
Sistema iluminación general e individual adecuada			
Servicios higiénicos en cada cuarto operativo y limpio			
Lavadero de manos en cada cuarto operativos			
Separación entre camas en cuartos compartidos, mantiene privacidad			Especifique distancia.....
Cuenta con sala de espera señalizado en el piso que indique dos metros de distancia y ubicación del paciente.			
Cuenta con área de Triage señalizado e identificado			
Cuenta con área para lavado de manos del personal			
Cuenta con zona de colocación de EPP			
Cuenta con zona exclusiva de retiro de EPP			
Cuenta con circuitos cerrados de cámaras en áreas comunes			
Cuenta con área para desinfección			
Cuenta con área para laboratorio			
Cuenta con área para Farmacia			
Cuenta con área para preparación segura de soluciones y medicamentos.			
Cuenta con área o ambiente de almacenaje de insumos			
Cuenta con área administrativa			
Cuenta con área adecuada para alimentación y descanso del personal de salud			
Cuenta con área para estacionamiento de ambulancia			

LISTA DE VERIFICACIÓN SANITARIA CAT

EQUIPAMIENTO

EQUIPOS	SI	Cant.	NO	OBSERVACIÓN
TRIAJE DIFERENCIADO				
balanza mecánica con tallimetro adulto				
Camilla estática				
mesa metálica rodable para múltiples usos				
escritorio metálico u otro material de dos cajones				
silla				
tensiómetro anerode rodable o portátil adulto				
estetoscopio adulto con doble campana				
Oxímetro de pulso				
Termómetro laser infrarrojo				
lámpara de reconocimiento cuello de ganso				
escalinata metálica de 2 peldaños				
tachos metálicos para desperdicios con tapa accionada a pedal				
Bolsas de color (rojo, negro) en tachos				
vitrina para instrumental o material estéril 68x45cm				
Balón(es) de oxígeno				
Coche de paro implementado				
Botiquín de primeros auxilios				
Rayos X digital portátil <i>(opcional)</i>				
Equipo ecógrafo portátil <i>(opcional)</i>				
Cuenta con insumos para higiene de manos				

LISTA DE VERIFICACIÓN SANITARIA CAT

RECURSOS HUMANOS

Por cada 50 camas debe contar con el siguiente Equipo de Salud

RELACIÓN DE PERSONAL MÍNIMO (CAT)	SI	NO	Cantidad	OBSERVACIÓN
02 médicos (<i>habilitación vigente, título profesional, contrato, capacitación atención pacientes COVID-19</i>)				
02 Licenciados en Enfermería (<i>habilitación vigente, título profesional, contrato, capacitación atención pacientes COVID-19</i>)				
02 Técnicos de Enfermería (<i>Título, contrato, capacitación atención pacientes COVID-19</i>)				
01 personal administrativo				
01 personal de limpieza				
Horario de trabajo N° de horas mensuales por trabajador (rol de turno)				Especificar.....
Personal cuenta con vacuna influenza y neumococo				
Otros (especifique)				

LISTA DE VERIFICACIÓN SANITARIA CAT

ORGANIZACIÓN PARA LA ATENCIÓN

Documentos	SI	NO	OBSERVACIÓN
Cuenta con flujo de atención			
Cuenta con flujo de tránsito o circulación para personal de salud y pacientes			
Cuenta con indicaciones sencillas para el paciente			
Cuenta con señalizaciones para flujo tránsito			
Cuenta con registro de referencias y contrareferencias			
Cuenta con manual de limpieza y desinfección de ambientes, insumos y/o equipos			
Cuenta con Plan de manejo de residuos sólidos y biocontaminados			
Adecuada segregación de residuos sólidos y biocontaminados			
Manifiesto de recojo de residuos sólidos biocontaminados, especifique nombre de la Empresa			
Cuenta con manual de limpieza, traslado y manipulación de ropa del paciente.			
Registro de ocurrencias de eventos e incidentes			
Manual de organización y funciones (MOF)			
Cuenta con plan de contención ante emergencias y/o desastres			
Paciente conocen las medidas de higiene respiratoria (se cubre al toser, porta mascarilla, desecho de residuos en bolsas de colores respectivas, lavado de manos)			
Cuenta con los formatos de SICOVID: F300 ficha de evaluación diaria del paciente, F400 referencia del paciente			
Manual o protocolo de vigilancia de salud mental de pacientes			
Formato estandarizado de entrega al paciente al momento del ALTA que cumplió 14 días de aislamiento			
El personal de salud dispone y cumple con el uso de barreras de protección (guantes, lentes, mandilones, mascarillas, gorros, caretas) establecidas en los protocolos o guías para la prevención y control de infecciones.			
Evidencia de la aplicación correcta de lavado de manos del personal (cumplimiento de la norma de lavado de manos)			