

MINISTERIO DE SALUD
2000-09-14

Ministerio de Salud

SALUD PUBLICA

Resolución 739/2000

Apruébase la Revisión de la Guía de Evaluación de los Laboratorios de Análisis Clínicos, e incorpórase la misma al Programa Nacional de Garantía de Calidad de la Atención Médica.

Bs. As., 6/9/2000

VISTO el Expediente N° 1-2002-5710/99-7 del Registro del Ministerio de Salud, y

CONSIDERANDO:

Que las políticas tienen por objetivo primero y prioritario asegurar el acceso de todos los habitantes de la Nación a los Servicios de Salud, entendiéndose por tales al conjunto de los recursos y acciones de carácter promocional, preventivo, asistencial y de rehabilitación, sean estos de carácter público estatal, no estatal o privados; con fuerte énfasis en el primer nivel de atención.

Que en el marco de las políticas del Ministerio de Salud de la Nación se desarrolla el PROGRAMA NACIONAL DE GARANTIA DE CALIDAD DE LA ATENCION MEDICA, en el cual se agrupan un conjunto de acciones destinadas a asegurar la calidad de las prestaciones en dichos Servicios.

Que entre dichas acciones se encuentran la elaboración de guías de diagnóstico, tratamiento y procedimientos de patologías y normas de organización y funcionamiento de los Servicios de Salud.

Que las citadas guías y normas se elaboran con la participación de Entidades Académicas, Universitarias y Científicas de profesionales asegurando de esa forma la participación de todas las áreas involucradas en el Sector Salud.

Que la DIRECCION DE PROGRAMAS Y SERVICIOS DE ATENCION DE LA SALUD, ha coordinado el proceso de elaboración de la REVISION DE LA GUIA DE EVALUACION DE LOS LABORATORIOS DE ANALISIS CLINICOS, de acuerdo con la normativa vigente contando con la participación de la FACULTAD DE FARMACIA Y BIOQUIMICA (UBA); FUNDACION BIOQUIMICA; CONFEDERACION UNIFICADA BIOQUIMICA DE LA REPUBLICA ARGENTINA y EL COLEGIO OFICIAL DE BIOQUIMICOS DE LA CAPITAL FEDERAL.

Que la DIRECCION NACIONAL DE NORMATIZACION DE SERVICIOS ha prestado su consentimiento a la Guía antedicha.

Que la SUBSECRETARIA DE PROMOCION Y PREVENCION DE LA SALUD, CORDINADORA GENERAL DEL PROGRAMA NACIONAL DE GARANTIA DE CALIDAD DE LA ATENCION MEDICA, Y LA SECRETARIA DE ATENCION SANITARIA han tomado la intervención de su competencia y avalan su incorporación al PROGRAMA NACIONAL DE GARANTIA DE CALIDAD DE LA ATENCION MEDICA.

QUE la DIRECCION GENERAL DE ASUNTOS JURIDICOS ha tomado la intervención de su competencia.

Por ello:

EL MINISTRO DE SALUD

RESUELVE:

Artículo 1º — Deróguese la Resolución Ministerial 751/98, ante la presentación realizada por Asociación Bioquímica Argentina a la Comisión encargada de la elaboración de Normas de Organización y Funcionamiento, Diagnóstico y Tratamiento y Procedimientos de los Laboratorios de Análisis Clínicos.

Art. 2º — Apruébase la REVISION DE LA GUIA DE EVALUACION DE LOS LABORATORIOS DE ANALISIS CLINICOS, con las modificaciones aceptadas por la Comisión que como anexo forman parte integrante de la presente Resolución.

Art. 3º — Incorpóranse la Guía que se aprueban en el artículo precedente al PROGRAMA NACIONAL DE GARANTIA DE CALIDAD DE LA ATENCION MEDICA.

Art. 4º — Difúndase a través de la Coordinación General del Programa la citada Guía, a fin de asegurar el máximo conocimiento y aplicación de las mismas en el marco de dicho Programa Nacional referido en el artículo 3º precedente.

Art. 5º — La Guía que se aprueba por la presente Resolución podrán ser objeto de observación por las Autoridades Sanitarias Jurisdiccionales y por las Entidades Académicas, Universitarias, Científicas de Profesionales dentro del plazo de sesenta (60) días a partir de la fecha de su publicación en el Boletín Oficial y en caso de no ser observadas entrarán en vigencia a los noventa (90) días de dicha publicación.

Art. 6º — En el caso que la autoridad jurisdiccional realizara alguna adecuación a la presente norma para su aplicación a nivel de la jurisdicción deberá comunicar a la COORDINACION GENERAL DEL PROGRAMA dicha adecuación, la que recién entrará en vigencia a los sesenta (60) días de su registro a nivel nacional a través del acto administrativo correspondiente.

Art. 7º — Agradecer a las entidades participantes FACULTAD DE FARMACIA Y BIOQUIMICA (UBA); FUNDACION BIOQUIMICA; CONFEDERACION UNIFICADA BIOQUIMICA DE LA REPUBLICA ARGENTINA y EL COLEGIO OFICIAL DE BIOQUIMICOS DE LA CAPITAL FEDERAL por la importante colaboración brindada a este Ministerio.

Art. 8º — Regístrese, comuníquese, publíquese dése a la Dirección Nacional del Registro Oficial y archívese. — Héctor J. Lombardo.

ANEXO

GUIA DE EVALUACION DE LABORATORIOS

	SI	NO	CANTIDAD
Ia JEFE DE DEPARTAMENTO			
Ib JEFE DE SERVICIO			
Ic SUBJEFE DE SERVICIO			
Id JEFE DE AREA DE ESPECIALIZACION			
Ie PROFESIONAL DE PLANTA			
If PROFESIONAL DE GUARDIA			

I.a y I.b: JEFE

NOMBRE Y

APELLIDO:.....

TITULO:.....

UNIVERSIDAD:.....

FECHA DE EGRESO:Nº DE MATRICULA:.....

DIAS Y HORARIO QUE CUMPLE:.....

FECHA DE INGRESO AL CARGO:.....

ACREDITACION DE ANTECEDENTES PROFESIONALES

	SI	NO	AÑOS
CONCURRENCIA OFICIAL HOSPITALARIA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TRES AÑOS O MAS:			
RESIDENCIA HOSPITALARIA COMPLETA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
JEFATURA DE RESIDENCIA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
POSTGRADO EN:.....			
OTORGADO POR:.....			

	SI	NO	AÑOS
ACTUACION EN ESTABLECIMIENTOS ASISTENCIALES UNIVERSITARIO, NACIONAL, PROVINCIAL, U HOSPITAL DE LA COMUNIDAD CONSIGNANDO INSTITUCIONES Y CARGO/S DE PLANTA DESEMPEÑADOS DURANTE POR LO MENOS UN AÑO:.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.....			
CURSO DE ADMINISTRACION O GERENCIAMIENTO EN SALUD DE 500 O MAS HORAS DE DURACION, CON ACREDITACION DE ENTIDAD COMPETENTE O MAESTRIA EN SALUD PUBLICA.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.....			
ACTIVIDAD DOCENTE UNIVERSITARIA CONSIGNANDO UNIVERSIDAD/ES, FACULTAD/ES Y CARGO/S DESEMPEÑADOS (AY. DE 1º, JEFE DE TP O PROFESOR) DURANTE POR LO MENOS DOS AÑOS.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.....			
TRABAJOS CIENTIFICOS PUBLICADOS EN REVISTAS CON REFERATO (CANTIDAD).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.....			
COMO UNICO AUTOR O DIRECTOR DE TRABAJO (CANTIDAD).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.....			
EN COLABORACION (CANTIDAD).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.....			
TRABAJOS PRESENTADOS EN CONGRESOS (CANTIDAD)....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.....			
TRABAJOS PRESENTADOS EN JORNADAS (CANTIDAD)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.....			
ANTIGÜEDAD EN EL CARGO DENTRO DEL ESTABLECIMIENTO.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

lc; ld; le y lf: OTROS PROFESIONALES

EN EL PUNTO l.d CONSIGNAR LA ESPECIALIDAD

NOMBRE Y

APELLIDO:.....

TITULO:.....

UNIVERSIDAD:.....

FECHA DE EGRESO:N° DE MATRICULA:.....

DIAS Y HORARIO QUE CUMPLE:.....

SECCION A CARGO (INDICAR CUAL):.....

ACREDITACION DE ANTECEDENTES PROFESIONALES

	SI	NO	AÑOS
CONCURRENCIA OFICIAL HOSPITALARIA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TRES AÑOS O MAS:			
RESIDENCIA HOSPITALARIA COMPLETA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
JEFATURA DE RESIDENCIA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
POSTGRADO EN:			
.....			
OTORGADO POR:			
.....			

	SI	NO	AÑOS
--	----	----	------

ACTUACION EN ESTABLECIMIENTOS ASISTENCIALES
UNIVERSITARIO, NACIONAL, PROVINCIAL, MUNICIPAL U
HOSPITAL DE COMUNIDAD CONSIGNANDO
INSTITUCIONES Y CARGO/S DE PLANTA DESEMPEÑADOS
DURANTE POR LO MENOS UN AÑO:.....

.....

	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--	--------------------------	--------------------------	--------------------------

ACTIVIDAD DOCENTE UNIVERSITARIA CONSIGNANDO
UNIVERSIDAD/ES, FACULTAD/ES Y CARGO/S
DESEMPEÑADOS (AY DE 1º, JEFE DE TP O PROFESOR)
DURANTE POR LO MENOS DOS AÑOS.....

.....

	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--	--------------------------	--------------------------	--------------------------

ANTIGÜEDAD:

EN EL ESTABLECIMIENTO.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
EN EL CARGO.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2.2. - NO PROFESIONALES

2.2a - TECNICOS

- CANTIDAD TOTAL

.....

- HORARIO DURANTE EL CUAL EL
LABORATORIO CUENTA CON PERSONAL TECNICO

.....

- CUENTAN CON TITULO HABILITANTE (indicar porcentaje)

.....

- CUENTAN CON MATRICULA

.....

- POSEE REGISTRO DE CAPACITACION DEL PERSONAL SI NO

2.2.b AUXILIARES TECNICOS:

- CANTIDAD TOTAL
- HORARIO QUE CUBREN

RELACION PERSONAL DE PLANTA

PERSONAL TECNICO Y AUXILIARES TECNICOS/PROFESIONALES:

2.2.c PERSONAL DE LIMPIEZA

- PROPIO: CONTRATADO:
- CANTIDAD TOTAL:
- CUENTA CON PERSONAL DE LIMPIEZA DEDICADO EN FORMA EXCLUSIVA PARA EL LABORATORIO:
- AL LAVADO DE MATERIAL SI NO

2.2.d PERSONAL ADMINISTRATIVO

- CANTIDAD TOTAL:
- CUENTA CON PERSONAL ADMINISTRATIVO EXCLUSIVO PARA EL LABORATORIO SI NO
- CANTIDAD
- HORARIO DURANTE EL CUAL EL LABORATORIO CUENTA CON PERSONAL ADMINISTRATIVO EXCLUSIVO PARA EL LABORATORIO.....

2.3. PERSONAL DE GUARDIA

	SI	NO
1- PROFESIONAL JEFE O COORDINADOR DE GUARDIA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2- PROFESIONAL DE GUARDIA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- GUARDIA ACTIVA LAS 24 HS:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nº	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- DIAS:.....		
3- TECNICOS DE GUARDIA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- GUARDIA ACTIVA LAS 24 HS:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nº	<input type="checkbox"/>	
- DIAS:.....		
4- PERSONAL QUE REALIZA GUARDIAS PASIVAS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- NUMERO DE PROFESIONALES:.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- DIAS:.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.....		
- NUMERO DE TECNICOS:.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- DIAS:.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.....		

3- PLANTA FISICA

- ACOMPAÑAR PLANO O CROQUIS EN ESCALA
UBICACION: PLANTA BAJA: PISO:.....Nº:.....

- UBICACION EN RELACION CON LOS OTROS SERVICIOS DE DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO:

JUNTOS: SEPARADOS:

- ACCESO PARA DISCAPACITADOS:.....SI: NO:

- SUPERFICIE:

AREA TECNICAM2 (ancho.....m, largo.....m)
AREA NO TECNICAM2 (anchom, largo.....m)

TOTALM2

3.1 MODULO LABORATORIO (AREA TECNICA)

N° áreas de trabajo:
Area hematólogicam2
Area bacteriológicam2
Area serológicam2
Area químicam2
Otras áreas (consignar).....m2
Laboratorio de guardiam2

PISOS

	SI	NO
RESISTENTE A LOS AGENTES QUIMICOS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
LAVABLES	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- PAREDES IMPERMEABLES HASTA 1,80 MTS O MAS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- ILUMINACION		
NATURAL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ARTIFICIAL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- INSTALACION ELECTRICA		
MONOFASICA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TRIFASICA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CON PROTECCION ADECUADA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
DESCARGA A TIERRA INDEPENDIENTE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- FUENTE DE ENERGIA SUPLETORIA PARA EMERGENCIAS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- CIRCUITOS INDEPENDIENTES	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- AGUA DE RED	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- GAS NATURAL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- GAS ENVASADO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- DESAGUES RESISTENTES A AGENTES QUIMICOS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- INODOROS CLINICOS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- CAMPANAS DE EXTRACCION	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- AIRE ACONDICIONADO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3.2 LOCALES DE APOYO EN RELACION CON OTRAS AREAS AFINES (AREA NO TECNICA)

- LOCALES PARA TOMA DE MUESTRAS

- N° DE LOCALES:
- SUP. DE C/U:.....

	PROPIO	COMPARTIDO
SALA DE ESPERA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SECTORES ADMINISTRATIVOS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

DEPOSITOS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
DEPOSITOS PARA ELEMENTOS DE LIMPIEZA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SANITARIOS PARA PACIENTES	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SANITARIOS PARA EL PERSONAL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	SI	NO
SALA DE LAVADO DE MATERIAL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SALA DE ESTERILIZACION	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SALA DE DESTILACION	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SALA DE PREPARACION DE REACTIVOS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
DESPACHO DE JEFATURA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SALA DE REUNIONES	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
VESTUARIOS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SALA DE DESCANSO DE LA GUARDIA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 – ESPECIALIZACION AREA TECNICA		
SIN ESPECIALIZACION		<input type="checkbox"/>
CON ESPECIALIZACION		<input type="checkbox"/>
AREAS DE ESPECIALIZACION		
	SI	NO
QUIMICA GENERAL - PROTEINAS - LIPIDOS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
HEMATOLOGIA Y HEMOSTASIA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
HEMATIMETRIA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CITOLOGIA HEMATICA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
INMUNO HEMATOLOGIA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MICROBIOLOGIA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
BATERIOLOGIA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
VIROLOGIA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PARASITOLOGIA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MICOLOGIA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
INMUNOLOGIA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MEDIO INTERNO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
OTRAS ESPECIALIDADES		
	SI	NO
ENDOCRINOLOGIA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
GASTROENTEROLOGIA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TOXICOLOGIA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

RADIOQUIMICA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
INMUNOQUIMICA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
BROMATOLOGIA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CITOLOGIA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
GENETICA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
METABOLOPATIAS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
OTRAS.....		
.....		
.....		

5 – ADMISION DE PACIENTES Y MUESTRAS

5.1 POSEE INSTRUCCIONES ESCRITAS

	SI	NO
ORINAS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
BACTERIOLOGICOS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PARASITOLOGICOS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PRUEBAS FUNCIONALES	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5.2 EXTRACCION DE MATERIAL BIOLÓGICO

UTILIZA MATERIAL DESCARTABLE AGUJA Y JERINGA BAJALENGUA - HISOPOS - ESPATULAS - LANCETAS	EXCLUYENTE EXCLUYENTE
---	--------------------------

DECONTAMINACION DEL MATERIAL

	SI	NO
ANTICEGO TIPO/PROPORC. SEGUN ESTUDIOS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
BIOLOGICO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
DECONTAMINACION DEL MATERIAL UTILIZADO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ELIMINACION DE MATERIALES DE ACUERDO A NORMAS VIGENTES	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3 CONSERVACION Y PROCESAMIENTO DE MUESTRAS

	SI	NO
PROCESA TODO DIARIAMENTE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
DERIVA MUESTRAS PARA SU PROCESAMIENTO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ENUMERE LOS ANALITOS QUE DERIVA

- 1)
- 2)
- 3)
- 4)
- 5)
- 6)
- 7)
- 8)
- 9)
- 10)

6. REGISTROS

	SI	NO
REGISTRO DE CITACION DE PACIENTES	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
REGISTRO DE ENTRADAS DE PACIENTES	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
REGISTRO DE ENSAYO DE TESTIGOS (CALIBRADORES)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

REGISTRO DE ENSAYO DE MUESTRAS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CONFECCION DE PROTOCOLOS		
MANUAL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
COMPUTARIZADO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SISTEMA DE ARCHIVOS DE RESULTADOS		
MANUAL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
COMPUTARIZADO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
REGISTROS ESTADISTICOS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CUENTA CON GUIAS SOBRE NORMAS DE BIOSEGURIDAD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ESTAN ACCESIBLES A TODO EL PERSONAL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CUENTA CON CARPETAS DE TECNICAS ANALITICAS ESCRITAS DE FACIL ACCESO PARA EL PERSONAL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CUENTA CON CURVAS DE CALIBRACION ACTUALIZADAS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. CONTROLES		
	SI	NO
7.1 CONTROL DE CALIDAD ANALITICO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.1.1. CONTROL INTERNO		
POSEE POOL PROPIO Y/O COMERCIAL PARA TRES MESES COMO MINIMO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
REGISTROS PERIODICOS DE CONTROL INTERNO (CIERRE CON UN CIRCULO LOS ANALITOS CONTROLADOS)		
Q.CLINICA - GLU - UREA - CRE - COL. TGL PRO - ALB. - URI ENZIMAS: GOT - GPT - AMI - FAL -CK - LDH - CGT IONES: Na - K - Ca - Mg - Fe - LI EAB PO2 - PCO2 - PH INMUNOQUIMICA T3 - T4 - TSH - LH - FSH - E2 - TO - IgE (TM) - BHCG - CEA - PSA - AFETO - CA 15-3 CA 19-9 HEMATOLOGIA GR HTO HB GB PLAQ		
POSEE CRITERIOS DE VALIDACION Y/O REXHAZOS DE ENSAYOS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
REALIZA ACCIONES CORRECTIVAS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.1.2. CONTROL EXTERNO		
En todos los items debe presentar junto con la planilla, copia de certificado de su participación en los últimos 10 controles de QUIMICA CLINICA.		
	SI	NO
CERTIFICADO DE PARTICIPACION DE AÑOS ANTERIORES	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
POSEE ANTIGÜEDAD EN PROGRAMAS EXTERNOS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
DOS AÑOS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CUATRO AÑOS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
DIEZ AÑOS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MAS DE DIEZ AÑOS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

NOMBRE DEL PROGRAMA:.....

ANALITOS PROCESADOS:.....

TIENE PERIODICIDAD MENSUAL O MENOR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TIENE 10 O MAS MUESTRAS PROCESADAS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
HEMATOLOGIA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CERTIFICADO DE PARTICIPACION DE AÑOS ANTERIORES	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
POSEE ANTIGÜEDAD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
DOS AÑOS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CUATRO AÑOS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
DIEZ AÑOS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MAS DE DIEZ AÑOS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
NOMBRE DEL PROGRAMA:.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ANALITOS PROCESADOS:.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TIENE PERIODICIDAD MENSUAL O MENOR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TIENE 10 O MAS MUESTRAS PROCESADAS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ENCIERRE CON UN CIRCULO LOS CONTROLES QUE REALIZA		
CONTROL DE SUEROS HEMOAGRUPADORES, ANTI A, ANTI B, ANTI AB, ANTI D, SUERO COOMBS, PCR, ASTO, R, RAGAN, CHAGAS, HBS AG, HCV, HIV, SIFILIS		
CUATRO O MAS CONTROLES ANUALES	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
NOMBRE DEL PROGRAMA:.....		
INMUNOQUIMICA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CERTIFICADO DE PARTICIPACION DE AÑOS ANTERIORES	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
POSEE ANTIGÜEDAD EN PROGRAMAS EXTERNOS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
DOS AÑOS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CUATRO AÑOS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
DIEZ AÑOS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MAS DE DIEZ AÑOS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
NOMBRE DEL PROGRAMA:.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ANALITOS PROCESADOS:.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TIENE PERIODICIDAD MENSUAL O MENOR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TIENE 8 O MAS MUESTRAS ANUALES	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
BACTERIOLOGIA		
CERTIFICADO DE PARTICIPACION DE AÑOS ANTERIORES	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
POSEE ANTIGÜEDAD EN PROGRAMAS EXTERNOS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
DOS AÑOS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CUATRO AÑOS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
DIEZ AÑOS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MAS DE DIEZ AÑOS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

MAS DE 2 MUESTRAS ANUALES	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PARASITOLOGIA		
CERTIFICADO DE PARTICIPACION DE AÑOS ANTERIORES	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
POSEE ANTIGÜEDAD EN PROGRAMAS EXTERNOS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
DOS AÑOS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CUATRO AÑOS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
DIEZ AÑOS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MAS DE DIEZ AÑOS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
DOS MUESTRAS ANUALES	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7.2. CONTROL DE INSTRUMENTAL

REGISTRO EPRMANENTE DE MANTENIMIENTO Y VERIFICACION DEL INSTRUMENTAL ESPECTRO-FOTOMETRO Y/O ENZIMOMETRO

	SI	NO
LONGITUD DE ONDA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
LUZ ESPUREA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CENTRIFUGA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CONTROL DE LA VELOCIDAD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MICROCENTRIFUGA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CONTROL DE LA VELOCIDAD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SERVICE Y MANTENIMIENTO PROGRAMADO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
EQUIPOS MANUALES	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
EQUIPOS AUTOMATIZADOS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
QUIMICA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
INMUNOQUIMICA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
HEMATOLOGIA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ANALIZADOR DE GASES EN SANGRE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
NORMAS DE MANTENIMIENTO DEL FABRICANTE DE LOS EQUIPOS PRINCIPALES	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CONTROL DE CALIDAD EXTERNO DEL EQUIPAMIENTO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ESPECIFICAR NOMBRE Y FRECUENCIA DEL PROGRAMA

.....

CONTROL DE CALIDAD

	INTERNO ANTIGÜEDAD EN AÑOS SI NO 2 A 10 más de 10	PUNTOS	ANTIGÜEDAD EN AÑOS SI NO 2 4 10 más de 10
QUIMICA CLINICA			
HEMATOLOGIA			
INMUNOLOGIA			
BACTERIOLOGIA			
PARASITOLOGIA			

PARA LLENAR POR EL EVALUADOR

8. PRACTICAS MINIMAS PARA LOS DIFERENTES NIVELES DE RIESGO

NIVEL I: BAJO RIESGO

	SI	NO
RECuento de ADDIS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
AMILASEMIA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ANTIESTREPTOLISINA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
BACILOSCOPIA DIRECTA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
BACTERIOLOGIA DIRECTA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
BILIRRUBINEMIA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CALCEMIA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
COLESTEROLEMIA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
COOMBS DIRECTA E INDIRECTA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CREATININEMIA (SANGRE, ORINA Y CLEARANCE)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CURVA DE GLUCEMIA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CHAGAS (LATEX Y HEMAGLUTINACION DIRECTA)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
DOSAJE DE HEMOGLOBINA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ERITROSEDIMENTACION	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ESCOBILLADO ANAL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
FACTOR RH	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
FORMULA LEUCOCITARIA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
FOSFATASA ALCALINA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
G.O.T.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
G.P.T.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
GLUCEMIA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
GOTA FRESCA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
GRUPO SANGUINEO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

NIVEL II: MEDIANO RIESGO

SE AGREGAN A LAS PRESTACIONES BIOQUIMICAS DEL NIVEL I (BAJO RIESGO)

	SI	NO
ANTIBIOGRAMA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ANTIGENO PARA HEPATITIS A, B Y C	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
BANCE JONES, PROTEINA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CELULAS L.E.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
COMPLEMENTEMIA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C.P.K. (CREATINOFOSFOQUINASA)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CRIOGLUTININAS CRIGLOBULINAS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CULTIVO DE BACTERIAS AEROBIAS Y ANAEROBIAS CON IDENTIFICACION DE GERME	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ESTADO ACIDO BASE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
FERREMIA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
FIBRINOGENO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
FOSFATASA ACIDA Y PROSTATICA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
FOSFATEMIA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
FOSFOLIPIDOS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
GAMMA GLUTAMIL TRANSPEPTIDASA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
H.D.L. COLESTEROL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
H.L.V.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
INMUNOGLOBULINAS G, A, M Y E	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
IONOGRAMA EN SANGRE Y ORINA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
K.P.T.T.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
LATEX PARA LUPUS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
HEMATOCRITO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

HUDDLESSON	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
LATEX PARA ARTRITIS REUMATOIDEA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MANTOUX O P.P.D.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MONONUCLEOSIS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ORINA COMPLETA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PARASITOLOGICO DIRECTO Y SERIADO DE MATERIA FECAL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PROTEINA C REACTIVA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PROTEINEMIA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
RECuento DE ERITROCITOS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
RECuento DE LEUCOCITOS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
RECuento DE PLAQUETAS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SANGRE OCULTA EN MATERIA FECAL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TEST DE EMBARAZO (LATEX)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TIEMPO DE COAGULACION Y SANGRIA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TRIGLICERIDEMIA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TOXOPLASMOSIS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
UREMIA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
URICEMIA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
WIDAL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
VDRL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L.D.H. (LACTICO DESHIDROGENASA)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L.D.L. COLESTEROL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
LIPIDOGRAMA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MICOLOGIA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 NUCLEOTIDASA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PROTEINOGRAMA ELECTROFORETICO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PSEUDOCOLINESTERASA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
RECuento DE RETICULOCITOS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TEST DEL SUDOR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TIEMPO DE PROTOMBINA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
V.D.L. COLESTEROL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

NIVEL III: ALTO RIESGO

EN ESTE DEBEN REALIZARSE TODAS LAS PRACTICAS ENUNCIADAS EN LOS NIVELES A LAS QUE SE AGREGAN TODAS LAS DETERMINACIONES QUE LA DEMANDA, LAS ESPECIALIDADES DEL ESTABLECIMIENTO, SU NIVEL DE RIESGO Y GRADO DE DESARROLLO EXIJAN DEL LABORATORIO DE ANALISIS CLINICOS. ASIMISMO ESTE NIVEL ES EL RECEPTOR FINAL DE LAS PRACTICAS QUE LOS NIVELES ANTERIORES NO REALIZAN PERO QUE INSTRUMENTANDO ADECUADOS MECANISMOS DE REFERENCIA Y CONTRA REFERENCIA DEBEN SATISFACERSE.

9 – EQUIPAMIENTO

PARA LAS ESPECIFICACIONES DEL PRESENTE LISTADO CONSULTAR LAS NORMAS "ORGANIZACION Y FUNCIONAMIENTO DEL AREA DE LABORATORIO". RESOLUCION MINISTERIAL N° 171/97. PUNTO 4.

Volver