



San Martín

GOBIERNO REGIONAL

(El pueblo está primero)

DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD
UNIDAD EJECUTORA II-2- TARAPOTO



RESOLUCIÓN DIRECTORAL

Tarapoto, 18 de Mayo del 2022

VISTO: La Nota Informativa N° 044-2022-U.E-H-II-2-T/DPCyAP, emitido por el Jefe del Departamento de Patología Clínica y Anatomía Patológica del Hospital II-2 Tarapoto; y

CONSIDERANDO:

Que, la Ley N° 26454, declara de orden público e interés nacional la obtención, donación, conservación, transfusión y suministro de sangre humana, crea el Programa Nacional de Hemoterapia y Bancos de Sangre (PRONAHEBAS) y establece que los Centros de Hemoterapia y Bancos de Sangre son establecimientos destinados a la extracción de sangre humana, para transfusiones, terapias preventivas y para investigación; funcionan con licencia sanitaria y están encargados de asegurar la calidad de ésta y sus componentes durante la obtención, procesamiento y almacenamiento;

Que, el artículo 16 del Reglamento de la Ley N° 26454, Ley que declara de orden público e interés Nacional la obtención, donación, conservación, transfusión y suministro de sangre humana, aprobado por Decreto Supremo N° 03-95-SA establece, que la Red Nacional de Centros de Hemoterapia y Bancos de Sangre (RNCHBS), constituye un sistema técnico administrativo cuyo objetivo es la integración funcional de los Centros de Hemoterapia y Bancos de Sangre del país, para el desarrollo de actividades relacionadas al uso adecuado de la sangre, al acceso de la población a la sangre y sus derivados de óptima calidad, de manera oportuna y suficiente; y servir como medio de vigilancia epidemiológica;

Que, el artículo 22 de la citada norma, dispone que la donación de sangre o sus componentes es un acto voluntario, solidario y altruista, por el cual una persona de a título gratuito, para fines terapéuticos, de diagnóstico o de investigación, una porción de sangre en forma libre y consciente;

Que, de conformidad, con el precitado dispositivo legal, la sangre sólo podrá observarse y suministrarse sin ánimo de lucro. Las instituciones que la obtengan y la suministren, únicamente podrán efectivizar los costos que implican la obtención, procesamiento y suministro de la misma debiendo informar al respecto al PRONAHEBAS, a fin de establecer anualmente los montos por los indicados conceptos;

Que, con Resolución Ministerial N° 241-2018/MINSA, se aprobó la Guía Técnica para la Selección del Donante de Sangre Humana y Hemocomponentes, modificada por Resolución Ministerial N° 440-2018/MINSA, cuya finalidad es contribuir a facilitar el acceso a la población que requiere para su tratamiento sangre humana y hemocomponentes seguros, oportunos y de calidad;

Que, con Resolución Ministerial N° 826-2021/MINSA, de fecha 05 de Julio del 2021, se aprobaron las Normas para la elaboración de Documentos Normativos del Ministerio de Salud, la cual es





San Martín

GOBIERNO REGIONAL
¡El pueblo está primero!
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD
UNIDAD EJECUTORA H-II-2- TARAPOTO

N° 472-2022-U.E-H-II-2-T



RESOLUCIÓN DIRECTORAL

Tarapoto, 18 de Mayo del 2022

de observancia obligatoria de todas la Direcciones Generales, Órganos Desconcentrados y Organismos Públicos del Ministerio de Salud



Que, mediante Nota Informativa N° 044-2022-U.E-H-II-2-T/DPCyAP, el Jefe del Departamento de Patología Clínica y Anatomía Patológica solicita al Directora se sirva tramitar la aprobación, mediante Resolución Directoral, de la "Guía de Procesos del Centro de Hemoterapia y Banco de Sangre Tipo I del Hospital II-2 Tarapoto" en su Segunda Versión, el cual tiene por objetivo definir y establecer como el Centro de Hemoterapia y Banco de Sangre Tipo I del Hospital II-2 Tarapoto debe gestionar sus procesos de modo que cumpla con los criterios de calidad especificados, para asegurar que sus productos satisfagan las expectativas y necesidades de los usuarios;

Que, mediante derivado de Dirección remite a la Oficina de Asesoría Legal de la "Guía de Procesos del Centro de Hemoterapia y Banco de Sangre Tipo I del Hospital II-2 Tarapoto" en su Segunda Versión, y solicita proyectar el acto resolutivo;

Con la visación del Departamento de la Oficina de Asesoría Legal y la Dirección General de la Unidad Ejecutora 404 - Hospital II-2 de Tarapoto;

Que, en uso de mis atribuciones conferidas mediante Resolución Directoral Regional N° 309-2020-GRSM-DIRESA/DG, que me designa en el cargo de Directora, de la Oficina de Gestión de Servicios de Salud Especializada de alcance Regional - Hospital II-2 de Tarapoto, de la Dirección Regional de Salud del Gobierno Regional de San Martín, a partir del 25 de Junio del 2020, con todas las atribuciones y responsabilidades inherentes al cargo, y;

SE RESUELVE:

ARTÍCULO PRIMERO.- APROBAR; la Segunda Versión del Documento Técnico "Guía de Procesos del Centro de Hemoterapia y Banco de Sangre Tipo I del Hospital II-2 Tarapoto", que consta de cincuenta y seis (56) folios, debidamente visados forman parte integrante de la presente Resolución Directoral.

ARTÍCULO SEGUNDO.- DISPONER; al Jefe del Departamento de Patología Clínica y Anatomía Patológica la implementación del Manual que se aprueba mediante la presente Resolución Directoral, informando periódicamente de sus resultados a la Dirección del Hospital II-2 Tarapoto.

ARTÍCULO TERCERO.- ENCARGAR; a la Oficina de Comunicaciones e imagen Institucional, disponer la publicación de la presente Resolución en el Portal Web del Hospital.

REGÍSTRESE y COMUNÍQUESE

GOBIERNO REGIONAL DE SAN MARTÍN
UNIDAD EJECUTORA HOSPITAL II-2 - TARAPOTO



**CENTRO DE HEMOTERAPIA Y BANCO DE SANGRE TIPO I
HOSPITAL II-2 TARAPOTO**

**CÓDIGO:
GU – SGC – 001**

GUÍA DE PROCESOS

VERSIÓN: 02

**MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL II-2 MINSA TARAPOTO
DEPARTAMENTO DE PATOLOGÍA CLÍNICA Y ANATOMÍA
PATOLOGICA**

**GUÍA DE PROCESOS
DEL CENTRO DE HEMOTERAPIA Y BANCO DE SANGRE TIPO I
DEL HOSPITAL II-2 TARAPOTO**

HOSPITAL II-2 TARAPOTO


TARAPOTO, ABRIL - 2022



ÍNDICE

	PÁG.
INTRODUCCIÓN	3
MARCO CONCEPTUAL	4
• ¿Qué es Calidad?	4
• Qué es Gestión de la Calidad?	4
• ¿Qué es el Sistema de Gestión de la Calidad del PRONAHEBAS?	4
• ¿Qué es un Proceso?	4
• ¿Por qué una Guía de Procesos?	4
• ¿Por qué es importante el análisis de los procesos para mejorar?	4
• ¿Quién analiza y mejora los procesos?	4
• ¿Qué metodología emplear para el análisis y mejoramiento?	5
• ¿Quién implementa la mejora en los procesos?	5
• ¿Qué procesos debemos optimizar?	5
CUADRO RESUMEN DE LOS PROCESOS POR ELEMENTO DE GESTIÓN	6
DIAGRAMAS DETALLADOS Y DIAGRAMAS DE FLUJO:	
• Procesos relacionados al Elemento de Gestión: Recurso	7
• Procesos relacionados al Elemento de Gestión: Equipamiento	11
• Procesos relacionados al Elemento de Gestión: Asuntos relacionados con el Proveedor y el Usuario	15
• Procesos relacionados al Elemento de Gestión: Control del Proceso	5
• Procesos relacionados al Elemento de Gestión: Documentos y Registros	35
• Procesos relacionados al Elemento de Gestión: Incidentes, errores, accidentes, no conformidades y complicaciones	39
• Procesos relacionados al Elemento de Gestión: Evaluaciones Internas y Externas	42
• Procesos relacionados al Elemento de Gestión: Mejoramiento del Proceso a través de medidas preventivas y correctivas	47
• Procesos relacionados al Elemento de Gestión: Centro de Trabajo y Seguridad	53
GLOSARIO DE TÉRMINOS	55
CONTROL DE CAMBIOS	56
APROBACIÓN	56



	CENTRO DE HEMOTERAPIA Y BANCO DE SANGRE TIPO I HOSPITAL II-2 TARAPOTO	CÓDIGO: GU – SGC – 001
	GUÍA DE PROCESOS	VERSIÓN: 02

INTRODUCCIÓN



La implementación de un Sistema de Gestión de la Calidad es una importante decisión estratégica en las organizaciones modernas, y en la actualidad involucra a todas las instituciones de salud y por ende a los establecimientos que brindan servicios de Medicina Transfusional. El cumplimiento de los criterios de calidad establecidos por el sistema, contribuye efectivamente al incremento de la satisfacción de los usuarios, seguridad de los trabajadores y a la buena marcha de la organización.




El Sistema de Gestión de la Calidad del Centro de Hemoterapia y Banco de Sangre Tipo I del Hospital II-2 Tarapoto, aplica el enfoque de procesos, identifica sus interacciones y favorece la gestión adecuada de los mismos, mediante mecanismos de control continuo. Por tanto los involucrados en el desarrollo y aplicación del sistema deben tomar la decisión de administrar eficientemente los procesos que afecten la calidad de los productos que ofrecen.

El objetivo de la **Guía de Procesos** es definir y establecer como el Centro de Hemoterapia y Banco de Sangre Tipo I de Hospital II-Tarapoto debe de gestionar sus procesos de modo que cumpla con los criterios de calidad especificados, para asegurar que sus productos satisfagan las expectativas y necesidades de los usuarios.

Los procesos descritos en la presente guía resultan de la aplicación de los criterios de calidad establecidos, sobre una base de actividades consensuadas.

Asimismo, la **Guía de Procesos** constituye una herramienta gráfica, y sirve de instructivo para el personal que labora en estos establecimientos, ya que muestra la secuencia de actividades que se desarrollan en cada uno de los procesos y permite observar los requerimientos de recursos humanos y logísticos que intervienen en cada etapa.

HOSPITAL II-2 TARAPOTO

	CENTRO DE HEMOTERAPIA Y BANCO DE SANGRE TIPO I HOSPITAL II-2 TARAPOTO	CÓDIGO: GU – SGC – 001
	GUÍA DE PROCESOS	VERSIÓN: 02

MARCO CONCEPTUAL

¿QUÉ ES CALIDAD?

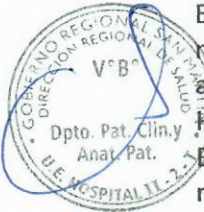
La Calidad se define como el grado en el que un conjunto de características inherentes cumple con los requisitos (Organización Internacional de Normalización: ISO 9000 - 2000).

¿QUÉ ES GESTIÓN DE LA CALIDAD?



Gestión de Calidad es el conjunto de actividades coordinadas para dirigir y controlar una organización en lo relativo a la calidad (Organización Internacional de Normalización: ISO 9000 - 2000).

¿QUÉ ES EL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD DEL CENTRO DE HEMOTERAPIA Y BANCO DE SANGRE TIPO I DEL HOSPITAL II-2 TARAPOTO?



El Sistema de Gestión de la Calidad es el conjunto ordenado de instituciones, personas, materiales, procesos y procedimientos asociados con la finalidad de asegurar el aprovisionamiento de la sangre y sus componentes con eficiencia y calidad, en el ámbito del Hospital II-2 Tarapoto. El Sistema de Gestión de la Calidad del Centro de Hemoterapia y Banco de sangre tipo I del Hospital II-2 Tarapoto describe la estructura organizativa, responsabilidades, procedimientos, procesos y recursos para implementar el manejo de la calidad en el área.

¿QUÉ ES UN PROCESO?

Proceso es la actividad o conjunto de actividades que utilizan insumos a los cuales se les agrega un valor, para obtener un producto útil para el usuario interno o externo.

¿POR QUÉ UNA GUÍA DE PROCESOS?

La aplicación de la Guía de Procesos en el Centro de Hemoterapia y Banco de sangre tipo I del Hospital II-2 Tarapoto, dará como resultado un Plan de Mejoramiento que constituirá una cartera de innovaciones y propuestas de cambio.


La mejora de los procesos deberá llevarse a cabo en forma continua, realizando cambios progresivos.

¿POR QUÉ ES IMPORTANTE EL ANÁLISIS DE LOS PROCESOS PARA MEJORAR?

El análisis de los procesos del Centro de Hemoterapia y Banco de sangre tipo I del Hospital II-2 Tarapoto es importante porque permite realizar mejoras en los procesos (con cambios drásticos de ser necesarios), utilizando el máximo de creatividad de los responsables de cada etapa.

¿QUIEN ANALIZA Y MEJORA LOS PROCESOS?

El Responsable del Sistema de Gestión de la Calidad es el analista encargado de describir, analizar y proponer la mejor forma de hacer las cosas, y los operadores deben llevar a cabo

	CENTRO DE HEMOTERAPIA Y BANCO DE SANGRE TIPO I HOSPITAL II-2 TARAPOTO	CÓDIGO: GU – SGC – 001
	GUÍA DE PROCESOS	VERSIÓN: 02

sus instrucciones. Esto implica que el analista debe poseer un grado de conocimiento y de autoridad que le permita plantear soluciones. No obstante, la visión moderna nos dice que el análisis de los procesos requiere que todo individuo que posea conocimiento contribuya al resultado. Por tanto, el mejoramiento de los procesos debe realizarse en forma conjunta y consensuada, generando conocimientos que constituyan ventajas competitivas en el futuro.



¿QUÉ METODOLOGÍA EMPLEAR PARA EL ANÁLISIS Y MEJORAMIENTO?

La Guía de Procesos de Calidad, muestra la secuencia y relación de actividades dentro de cada proceso que se desarrolla en Centro de Hemoterapia y Banco de sangre tipo I del Hospital II-2 Tarapoto, de modo que se asegure el cumplimiento de los requisitos de calidad establecidos en los Criterios de Calidad y las políticas y objetivos planteados en el Manual de Calidad.

Por tanto el primer paso para el análisis y mejoramiento de los procesos es tener un adecuado conocimiento de las políticas, objetivos, elementos de gestión y criterios de calidad para identificar su cumplimiento en la secuencia ordenada de actividades dentro de un proceso.

El segundo paso consiste en la evaluación de los procesos, desagregándolos en sus unidades elementales (actividades), para a continuación cuestionarlas y ajustarlas al proceso ideal planteado en la presente guía.


Finalmente deberá realizarse el mejoramiento continuo o rediseño de los procesos según sea el caso, generando uno nuevo y coherente que cumpla con los requisitos de calidad establecidos y que guarde relación con las secuencias y criterios del Sistema de Gestión de la Calidad del Centro de Hemoterapia y Banco de sangre tipo I del Hospital II-2 Tarapoto.

¿QUIEN IMPLEMENTA LA MEJORA EN LOS PROCESOS?

Las mejoras propuestas serán aprobadas por el Jefe del Centro de Hemoterapia y Banco de sangre tipo I del Hospital II-2 Tarapoto, e implementadas por el Responsable del Sistema de Gestión de la Calidad, con la participación de todos los involucrados en el desarrollo de los procesos.

¿QUÉ PROCESOS DEBEMOS OPTIMIZAR?

Los procesos que deben ser rediseñados o mejorados son aquellos señalados en el Manual de Calidad y en los Criterios de Calidad para cada uno de los Elementos de Gestión especificados, siguiendo las normas nacionales e internacionales relacionadas a la implementación de un Sistema de Gestión de la Calidad.

 HOSPITAL TARAPOTO	CENTRO DE HEMOTERAPIA Y BANCO DE SANGRE TIPO I HOSPITAL II-2 TARAPOTO	CÓDIGO: GU – SGC – 001
	GUÍA DE PROCESOS	VERSIÓN: 02

PROCESOS SEGÚN LOS ELEMENTOS DE GESTIÓN:

ELEMENTO DE GESTIÓN	PROCESOS
EG02. Recursos.	EG02 – PC01: Selección de Recursos Humanos. EG02 – PC02: Capacitación y Entrenamiento de Recursos Humanos.
EG03. Equipamiento.	EG03 – PC01: Selección del Equipamiento. EG03 – PC02: Control de Equipos Críticos.
EG04. Asuntos relacionados con el Proveedor y el Usuario.	EG04 – PC01: Calificación del Proveedor.
EG05. Control del Proceso.	EG05 – PC01: Almacenamiento. EG05 – PC02: Atención de la Solicitud Transfusional. EG05 – PC03: Verificación de la Información. EG05 – PC04: Transferencia de Unidades. EG05 – PC05: Provisión Urgente de Sangre. EG05 – PC06: Consentimiento Informado del Receptor EG05 – PC07: Seguimiento al Receptor: Identificación de receptores cuyos donantes en donaciones posteriores encontraron que estaban infectados con HIV o HCV. EG05 – PC08: Desarrollo de nuevos procesos. EG05 – PC09: Modificación controlada de los procesos.
EG06. Documentos y Registros.	EG06 – PC01: Control de Formatos y Registros. EG06 – PC02: Control de Documentos.
EG07. Incidentes, Errores, Accidentes, No Conformidades y Complicaciones.	EG07 – PC01: Control de Productos y Servicios No Conformes. EG07 – PC02: Detección, Reporte y Evaluación de Complicaciones del Receptor de la Transfusión.
EG08. Evaluaciones Internas y Externas.	EG08 – PC01: Evaluación Interna. EG08 – PC02: Evaluación Externa.
EG09. Mejoramiento del Proceso a través de Medidas Preventivas y Correctivas.	EG09 – PC01: Aplicación de Medidas Preventivas. EG09 – PC02: Aplicación de Medidas Correctivas. EG09 – PC03: Atención de Reclamos.
EG10. Centro de Trabajo y Seguridad.	EG10 – PC01: Eliminación de Unidades.





CENTRO DE HEMOTERAPIA Y BANCO DE SANGRE TIPO I
HOSPITAL II-2 TARAPOTO

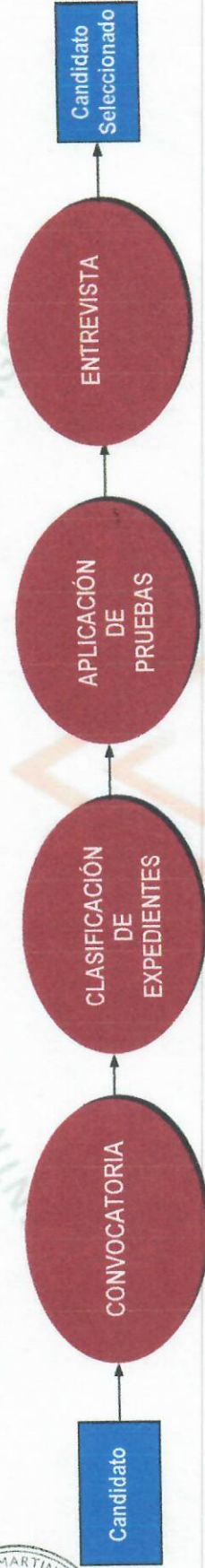
CÓDIGO:
GU – SGC – 001

GUÍA DE PROCESOS

VERSIÓN: 02

DIAGRAMA DETALLADO DE PROCESOS

EG02 – PC01: SELECCIÓN DE RECURSOS



PASO 01:

- El Jefe del servicio de Patología Clínica del Hospital II-2 Tarapoto, presentan su requerimiento de personal con la descripción y las especificaciones del cargo de acuerdo a lo establecido.
- El Jefe del establecimiento designará a los responsables del proceso y dispondrá la divulgación a través de los medios y técnicas de convocatoria de acuerdo a ley.
- El encargado realiza la recepción de expedientes y candidatos.

RRHH:

- Jefe o Director del Establecimiento.
- Jefe del servicio de Patología Clínica
- Jefe de Recursos Humanos.
- Secretaria y/o Receptionista.

PASO 02:

- El responsable realiza una verificación preliminar de las calificaciones de los candidatos.
- El responsable determina si el candidato cumple o no con las especificaciones del cargo.
- El responsable elabora una relación de los candidatos aptos y no aptos.

RRHH:

- Jefe de Recursos Humanos.

PASO 03:

- El responsable realiza una entrevista inicial a los candidatos aptos.
- El responsable aplica las pruebas establecidas a los candidatos seleccionados.
- El responsable compara las calificaciones del candidato con las especificaciones.
- Los candidatos que obtengan una calificación satisfactoria pasan a la entrevista final con el Jefe del servicio de Patología Clínica.

RRHH:

- Jefe de Recursos Humanos.
- Responsable de Recursos Humanos.
- Jefe del servicio de Patología Clínica

PASO 04:

- el Jefe del servicio de Patología Clínica de ser necesario solicita la documentación y/o información complementaria.
- el Jefe del servicio de Patología Clínica selecciona al candidato para el cargo de acuerdo a las calificaciones obtenidas.

RRHH:

- Jefe del servicio de Patología Clínica



CENTRO DE HEMOTERAPIA Y BANCO DE SANGRE TIPO I
HOSPITAL II-2 TARAPOTO

CÓDIGO:
GU - SGC - 001

GUÍA DE PROCESOS

VERSIÓN: 02

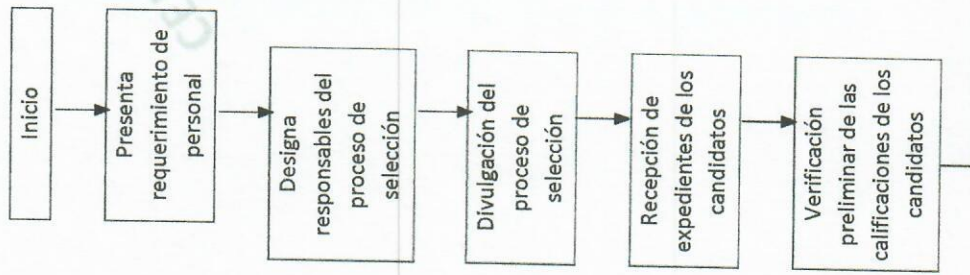
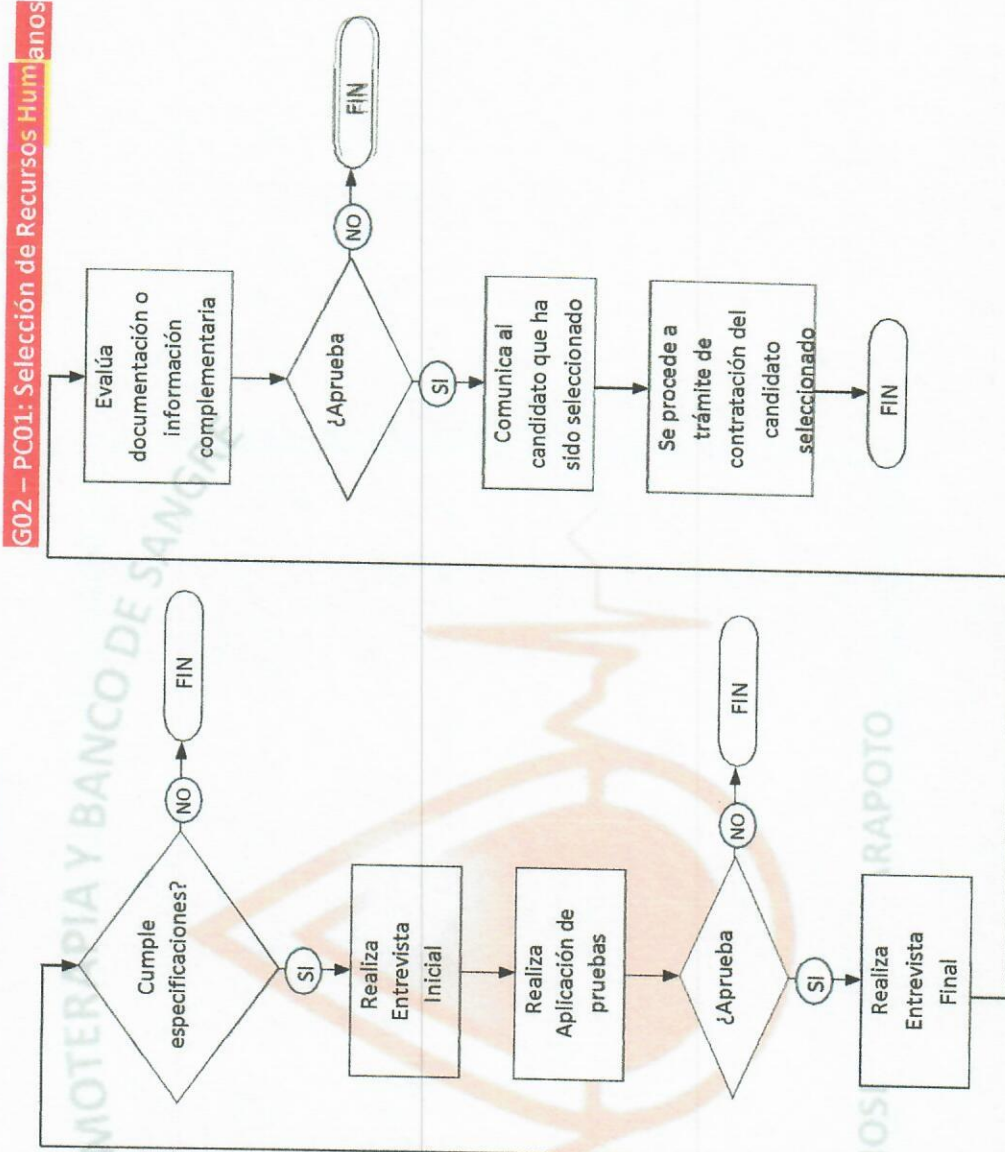


DIAGRAMA DE FLUJO



G02 - PC01: Selección de Recursos Humanos


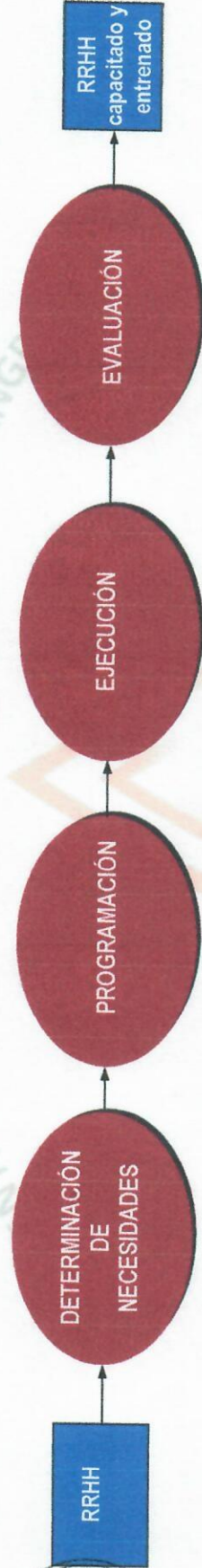
	<p style="text-align: center;">CENTRO DE HEMOTERAPIA Y BANCO DE SANGRE TIPO I HOSPITAL II-2 TARAPOTO</p>	<p>CÓDIGO: GU – SGC – 001</p>
	<p style="text-align: center;">GUÍA DE PROCESOS</p>	<p>VERSIÓN: 02</p>

DIAGRAMA DETALLADO DE PROCESOS

EG02 – PC01: CAPACITACIÓN Y ENTRENAMIENTO DE RECURSOS HUMANOS



PASO 01:

- El Jefe del servicio de Patología Clínica y el Responsable del Centro de Hemoterapia y Banco de Sangre determina los requisitos básicos del personal para cumplir satisfactoriamente las funciones asignadas.
- El Responsable del Centro de Hemoterapia y Banco de Sangre evalúa el desempeño del personal a su cargo.
- El Responsable del Centro de Hemoterapia y Banco de Sangre determina las necesidades de capacitación y/o entrenamiento del personal de acuerdo a la evaluación.

RRHH:

- Jefe del servicio de Patología Clínica.
- Responsable del Centro de Hemoterapia y Banco de Sangre tipo I del Hospital II-2 Tarapoto.

PASO 02:

- El Responsable del Centro de Hemoterapia y Banco de Sangre elabora el Plan de Capacitación y Entrenamiento del personal a su cargo.
- El Responsable de capacitación y Entrenamiento del Centro de Hemoterapia y Banco de Sangre determina de acuerdo a un rol quienes recibirán capacitación y/o entrenamiento, la metodología, los temas, el lugar y el periodo de entrenamiento.

RRHH:

- Responsable del Centro de Hemoterapia y Banco de Sangre tipo I del Hospital II-2 Tarapoto.
- Responsable de Capacitación.

PASO 03:

- El Responsable del Centro de Hemoterapia y Banco de Sangre determina el cumplimiento de las actividades de capacitación y/o entrenamiento programadas.

RRHH:

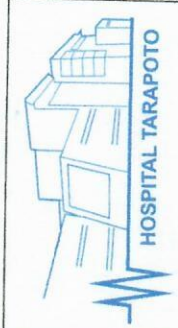
- Responsable del Centro de Hemoterapia y Banco de Sangre tipo I del Hospital II-2 Tarapoto.
- Responsable de Capacitación.

PASO 04:

- El Responsable del Centro de Hemoterapia y Banco de Sangre evalúa el nivel de capacitación y/o entrenamiento alcanzado por el personal.
- El Responsable del Centro de Hemoterapia y Banco de Sangre compara el nivel de capacitación y/o entrenamiento actual del personal versus el nivel anterior.
- El Responsable del Centro de Hemoterapia y Banco de Sangre registra los resultados de la evaluación de la capacitación y/o entrenamiento.
- El personal que recibió la capacitación y/o entrenamiento, realiza la réplica respectiva a su servicio.

RRHH:

- Responsable del Centro de Hemoterapia y Banco de Sangre tipo I del Hospital II-2 Tarapoto.



CENTRO DE HEMOTERAPIA Y BANCO DE SANGRE TIPO I
HOSPITAL II-2 TARAPOTO

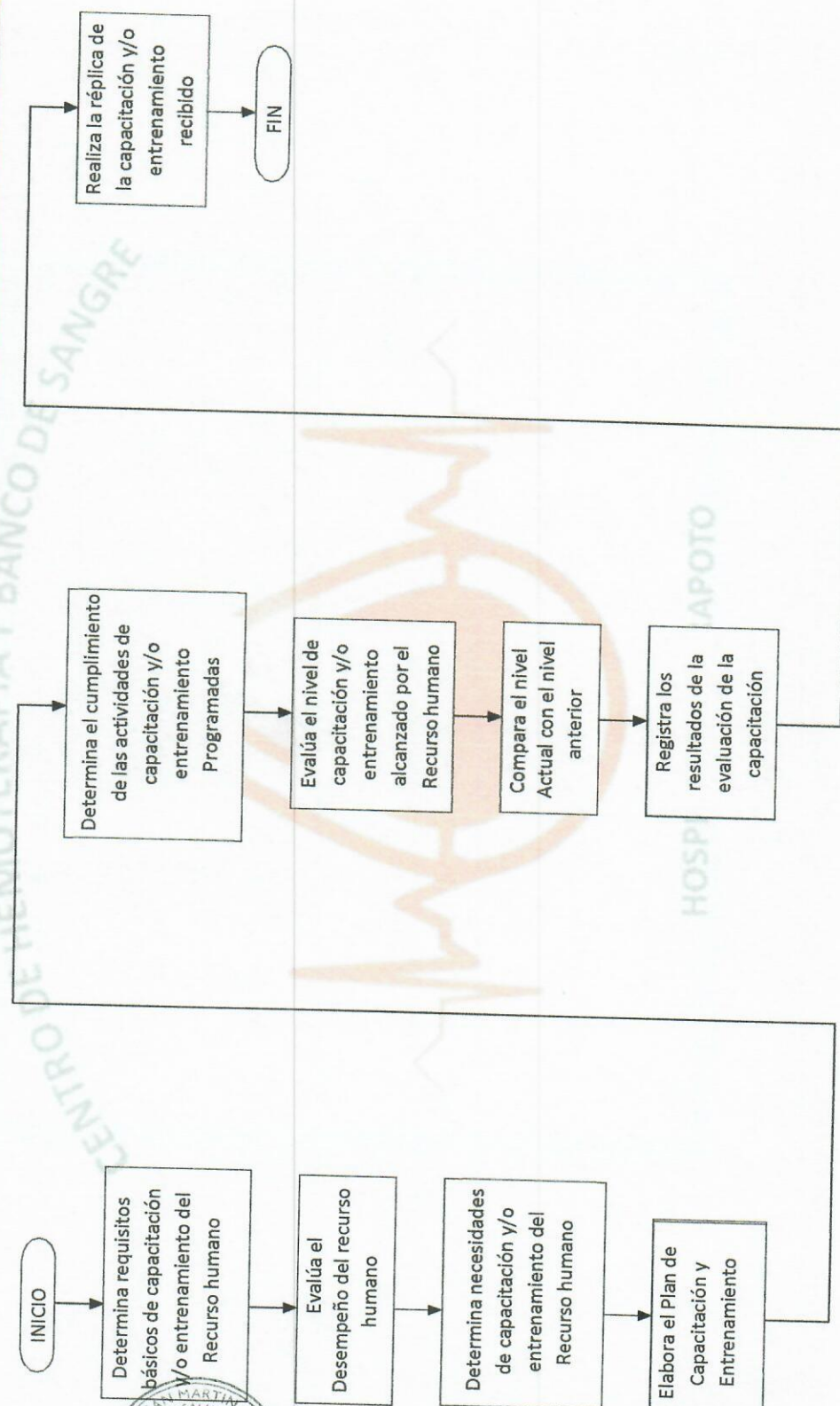
CÓDIGO:
GU - SGC - 001

GUÍA DE PROCESOS

VERSIÓN: 02

DIAGRAMA DE FLUJO

EG02 - PC01: Capacitación y entrenamiento de Recursos Humanos





CENTRO DE HEMOTERAPIA Y BANCO DE SANGRE TIPO I
HOSPITAL II-2 TARAPOTO

CÓDIGO:
GU – SGC – 001

GUÍA DE PROCESOS

VERSIÓN: 02

DIAGRAMA DETALLADO DE PROCESOS

EG03 – PC01: SELECCIÓN DEL EQUIPAMIENTO



PASO 01:

- Jefe del servicio de Patología Clínica establece las necesidades de equipamiento y especificaciones técnicas.
- La Dirección de la institución incluye el requerimiento en el Plan Anual de Adquisiciones.
- La Dirección de la Institución conforma un Comité Especial.
- El Comité Especial elabora las Bases teniendo en cuenta la opinión técnica documentada del Responsable del Jefe del servicio de Patología Clínica.
- El Comité realiza la convocatoria de acuerdo a ley.

RRHH:

- Director de la Institución
- Jefe del servicio de Patología Clínica del Hospital II-2 Tarapoto.
- Jefe del Área encargada de Adquisiciones.
- Comité especial.

PASO 02:

- Los interesados adquieren las Bases.
- Los adquirentes de Bases formulan consultas o plantean solicitudes.
- El Comité especial absuelve las consultas.
- Los adquirentes pueden formular observaciones a las Bases.
- El Comité Especial evalúa y resuelve las observaciones.
- Resueltas o acogidas las observaciones, las Bases quedan integradas como definitivas del proceso.

RRHH:

- Comité especial.

PASO 03:

- El postulante presentará su propuesta técnica y económica de acuerdo a lo específico en las Bases
- Se acreditan los representantes ante el Comité Especial de ser necesario.
- El Comité Especial recibe las propuestas técnicas y económicas en sobre cerrado.
- El Comité realiza la apertura de sobres de acuerdo a Ley.

RRHH:

- Comité especial.

PASO 04:

- El Comité Especial, convoca al Jefe del servicio de Patología Clínica como especialista para evaluar la propuesta técnica.
- Si la propuesta técnica no cumple los requisitos se desestimará sin evaluarse la propuesta económica.
- Se realizará la evaluación económica, solo de las propuestas técnicas aprobadas.
- El Comité Especial elabora el Acta del Proceso de selección.

RRHH:

- Comité Especial.
- Jefe del servicio de Patología Clínica del Hospital II-2 Tarapoto.

PASO 05:

- Se otorgará la Buena Pro de acuerdo a las normas vigentes.
- El Comité Especial anuncia la propuesta ganadora, indicando en un cuadro comparativo el orden en que quedaron los postores de acuerdo a la evaluación.
- La documentación del proceso es remitida al Área encargada de las adquisiciones y contrataciones.

RRHH:

- Comité especial.



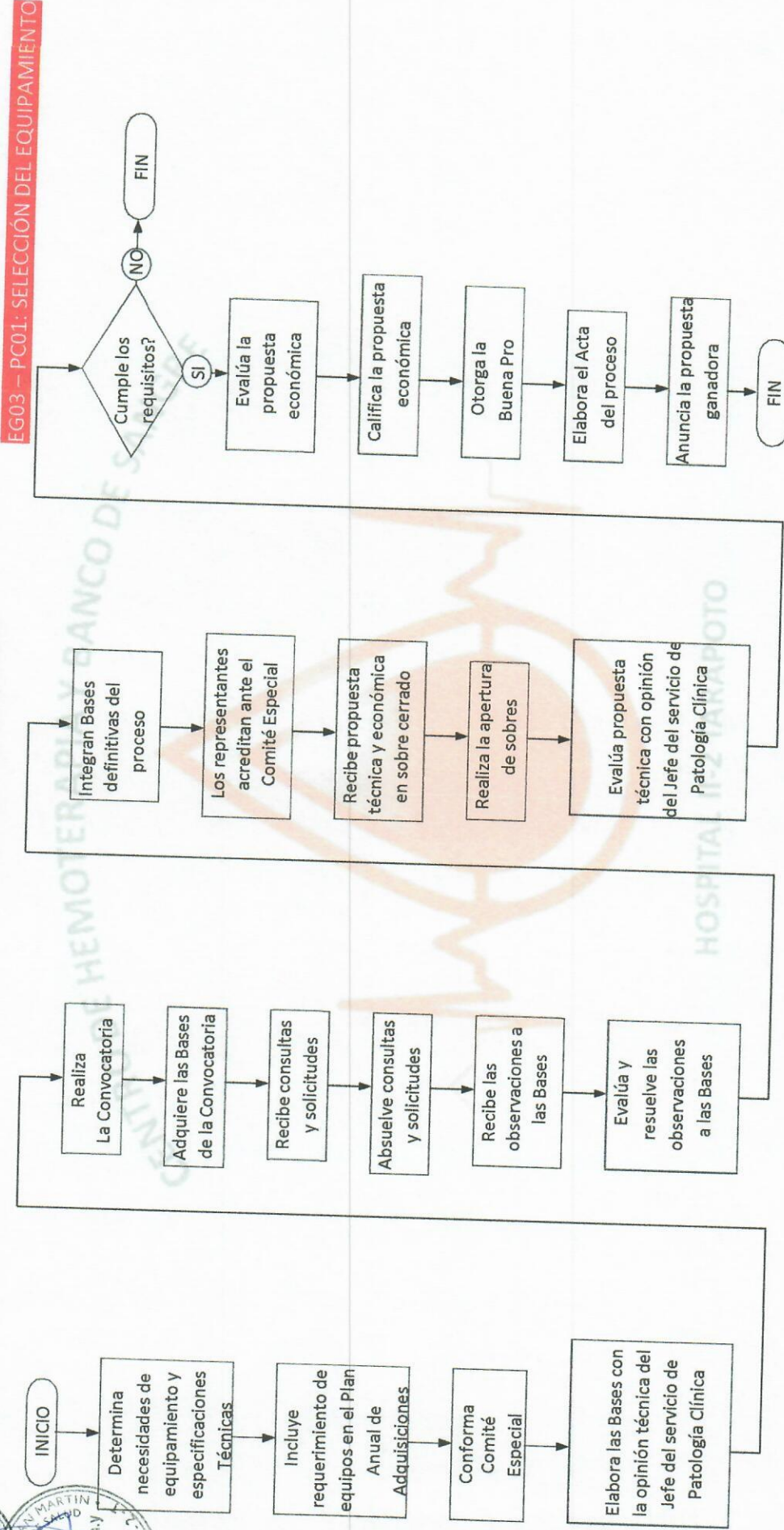
CENTRO DE HEMOTERAPIA Y BANCO DE SANGRE TIPO I
HOSPITAL II-2 TARAPOTO

CÓDIGO:
GU - SGC - 001

VERSIÓN: 02

GUÍA DE PROCESOS

DIAGRAMA DE FLUJO



- Este proceso está regulado por la Ley de Contrataciones y Adquisiciones del Estado y su Reglamento.
- En el caso de entidades privadas el proceso se realizará observando además las normas internas de cada institución.

CENTRO DE HEMOTERAPIA Y BANCO DE SANGRE TIPO I HOSPITAL II-2 TARAPOTO		CÓDIGO: GU – SGC – 001
GUÍA DE PROCESOS		VERSIÓN: 02

DIAGRAMA DETALLADO DE PROCESOS

EG03 – PC02: CONTROL DE EQUIPOS CRÍTICOS



PASO 01:

- El Jefe del servicio de Patología Clínica y el Responsable del Centro de Hemoterapia y Banco de Sangre en coordinación con el encargado de mantenimiento, define el estado actual de los equipos críticos, determinando en forma cualitativa de conservación.
- El Jefe del servicio de Patología Clínica y el Responsable del Centro de Hemoterapia y Banco de Sangre en coordinación con el encargado de mantenimiento, determina las necesidades de mantenimiento preventivo o correctivo para cada equipo crítico.

RRHH:

- El Jefe del servicio de Patología Clínica del Hospital II-2 Tarapoto.
- Responsable del Centro de Hemoterapia y Banco de Sangre tipo I del Hospital II-2 Tarapoto.
- Responsable de Calidad.
- Encargado de Mantenimiento.

PASO 02:

- El Jefe del servicio de Patología Clínica y el Responsable del Centro de Hemoterapia y Banco de Sangre en coordinación con el encargado de mantenimiento elabora el Plan de Mantenimiento Preventivo, considerando el cronograma de actividades y los puntos de control.
- Los equipos que requieren mantenimiento correctivo son enviados al área de mantenimiento para su evaluación y/o reparación.

RRHH:

- El Jefe del servicio de Patología Clínica del Hospital II-2 Tarapoto.
- Responsable del Centro de Hemoterapia y Banco de Sangre tipo I del Hospital II-2 Tarapoto.
- Responsable de Calidad.
- Encargado de Mantenimiento.


PASO 01:

- El encargado del mantenimiento ejecuta las acciones correctivas o preventivas programadas.
- El Responsable del Centro de Hemoterapia y Banco de Sangre controla la ejecución de las acciones programadas.
- El encargado de mantenimiento deja constancia de la ejecución de las acciones.
- El Responsable del Centro de Hemoterapia y Banco de Sangre da su conformidad a las acciones realizadas por el encargado del mantenimiento.

RRHH:

- Responsable del Centro de Hemoterapia y Banco de Sangre tipo I del Hospital II-2 Tarapoto.
- Responsable de Calidad.

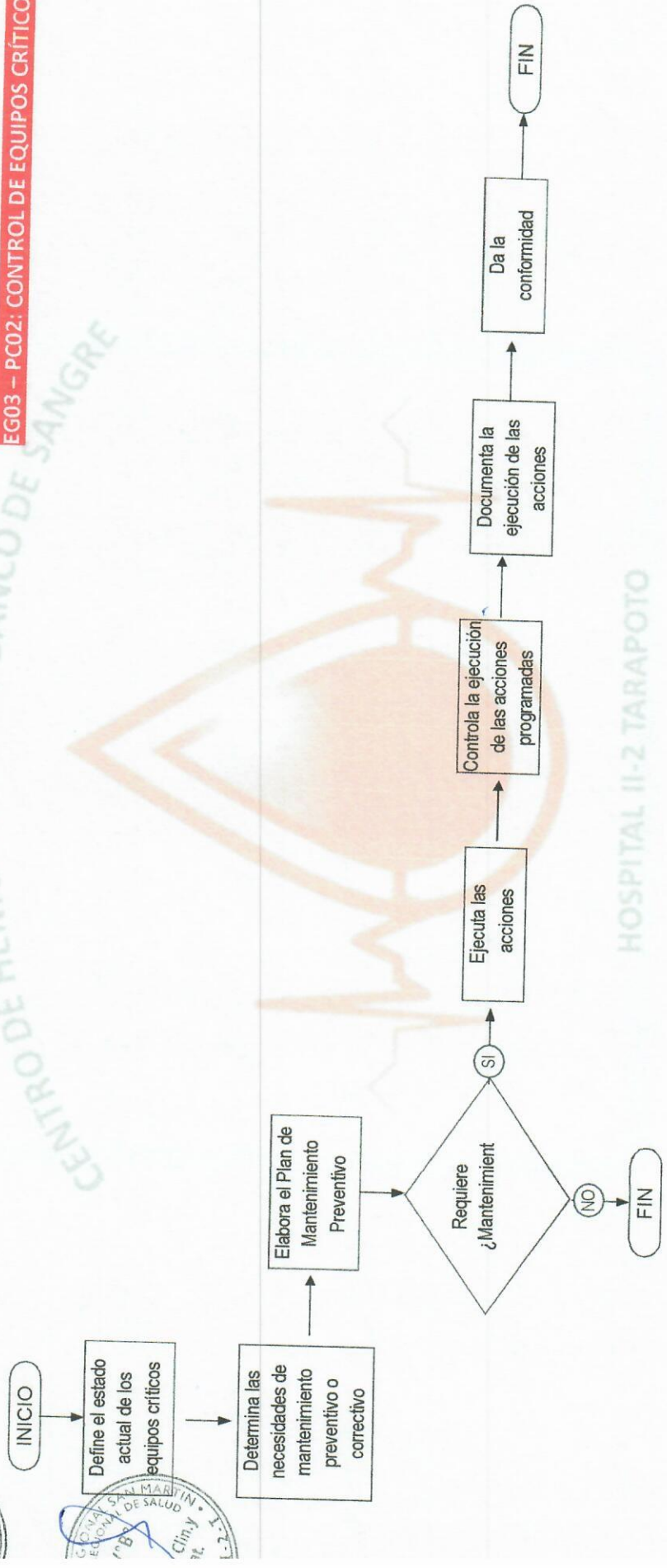


	CENTRO DE HEMOTERAPIA Y BANCO DE SANGRE TIPO I HOSPITAL II-2 TARAPOTO GUÍA DE PROCESOS	CÓDIGO: GU – SGC – 001 VERSIÓN: 02
------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------

EG03 – PC02: CONTROL DE EQUIPOS CRÍTICOS

DIAGRAMA DE FLUJO

CENTRO DE HEMOTERAPIA Y BANCO DE SANGRE



HOSPITAL II-2 TARAPOTO



 HOSPITAL TARAPOTO	CENTRO DE HEMOTERAPIA Y BANCO DE SANGRE TIPO I HOSPITAL II-2 TARAPOTO	CÓDIGO: GU – SGC – 001
	GUÍA DE PROCESOS	VERSIÓN: 02

DIAGRAMA DETALLADO DE PROCESOS

EG04 – PC01: CALIFICACIÓN DEL PROVEEDOR



PASO 01:

- El encargado de logística junto con el Jefe del servicio de Patología Clínica y el responsable del Centro de Hemoterapia y Banco de Sangre elaboran una Relación de Proveedores de productos y/o servicios que ya han trabajado antes con el Centro de Hemoterapia y Bancos de Sangre.
- Los datos del proveedor son registrados.

RRHH:

- El Jefe del servicio de Patología Clínica del Hospital II-2 Tarapoto.
- Responsable del Centro de Hemoterapia y Banco de Sangre tipo I del Hospital II-2 Tarapoto.
- Responsable de logística.

PASO 02:

- El responsable del Centro de Hemoterapia y Banco de Sangre reporta al Jefe del Servicio de Patología Clínica, sobre atrasos y rechazos por la compra de productos o servicios y/o informes de no conformidades, reclamos de los usuarios, hallazgos de auditoría y/o estadísticas de medición y análisis.

RRHH:

- El Jefe del servicio de Patología Clínica del Hospital II-2 Tarapoto.
- Responsable del Centro de Hemoterapia y Banco de Sangre tipo I del Hospital II-2 Tarapoto.
- Responsable de Calidad.

PASO 03:

- El Jefe del Servicio de Patología Clínica evalúa al proveedor según los criterios establecidos, registrando los resultados en la Ficha de Calificación del Proveedor.
- La calificación de los proveedores será registrada e informada al Área de Logística del establecimiento, para aplicar las medidas pertinentes, según el caso.

RRHH:

- El Jefe del servicio de Patología Clínica del Hospital II-2 Tarapoto.

PASO 04:

- El Jefe del servicio de Patología Clínica en base a los reportes efectuados puede cambiar la categoría del proveedor, procediendo a la actualización de la Relación.
- El Jefe del servicio de Patología envía un informe al encargado del área de compras sobre la recalificación de los proveedores.
- La información referente a la calificación de los proveedores es registrada en el sistema.

RRHH:

- El Jefe del servicio de Patología Clínica del Hospital II-2 Tarapoto.


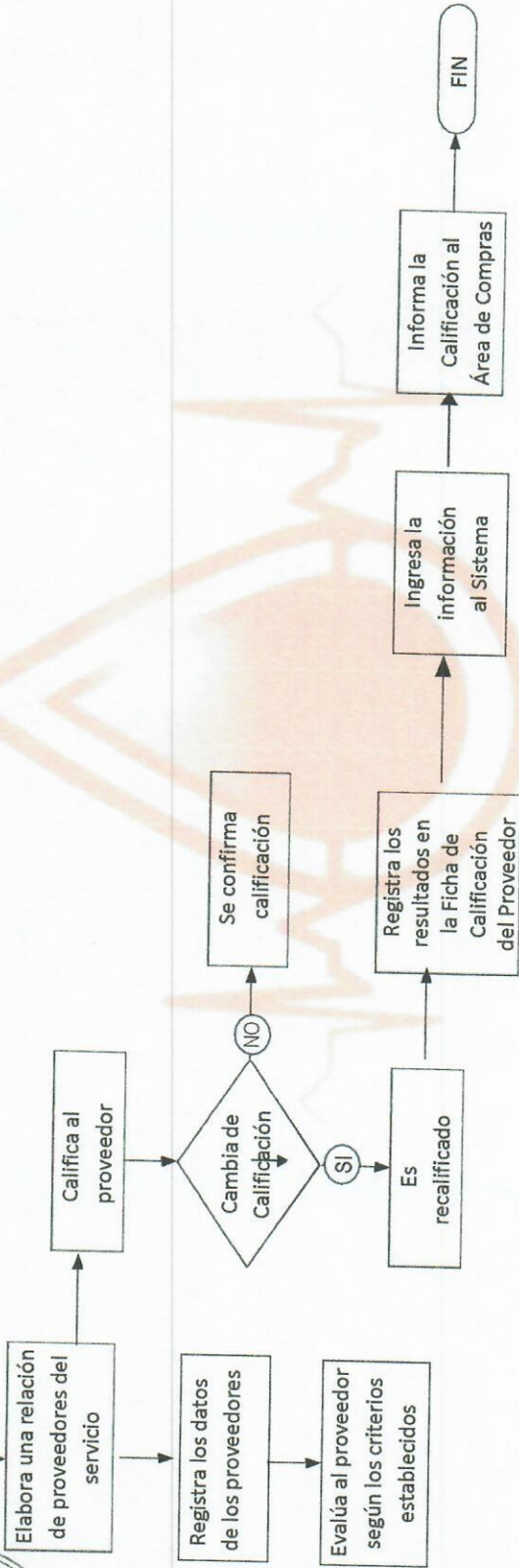
 <p>HOSPITAL TARAPOTO</p>	<p>CENTRO DE HEMOTERAPIA Y BANCO DE SANGRE TIPO I HOSPITAL II-2 TARAPOTO</p>	<p>CÓDIGO: GU – SGC – 001</p>
<p>GUÍA DE PROCESOS</p>		<p>VERSIÓN: 02</p>



DIAGRAMA DE FLUJO

EG04 – PC01: CALIFICACIÓN DEL PROVEEDOR



HOSPITAL II-2 TARAPOTO


 <p>HOSPITAL TARAPOTO</p>	<p>CENTRO DE HEMOTERAPIA Y BANCO DE SANGRE TIPO I HOSPITAL II-2 TARAPOTO</p>	<p>CÓDIGO: GU – SGC – 001</p>
<p>GUÍA DE PROCESOS</p>		<p>VERSIÓN: 02</p>

DIAGRAMA DETALLADO DE PROCESOS



PASO 01:

- Las unidades de sangre y Hemocomponentes, serán solicitados al Banco de Sangre Regional San Martín bajo documento, firmado por el Responsable del Centro de Hemoterapia y Banco de Sangre tipo I del Hospital II-2 Tarapoto.
- Las unidades de sangre y Hemocomponentes, serán recepcionados con un documento que indique el número de lote y sello de calidad de las mismas.

RRHH:

- Responsable del Centro de Hemoterapia y Banco de Sangre tipo I del Hospital II-2 Tarapoto.
- Responsable del Banco de Sangre Regional San Martín.
- Tecnólogo médico o técnico especializado.

PASO 02:

- Las unidades de Paquete Globular debidamente rotuladas serán conservadas a 2-6°C.
- Las unidades de plasma fresco congelado y Crioprecipitado debidamente rotuladas se deben almacenar a -20 a -70°C.
- La distribución dentro de la conservadora y congeladora será en diferentes niveles de acuerdo a grupos sanguíneos.
- Las conservadoras y congeladoras deberán tener una temperatura uniforme y una buena distribución del frío.

RRHH:

- Tecnólogo médico o técnico especializado.

PASO 03:

- El personal responsable llevará un registro de las unidades almacenadas y del desplazamiento de las unidades.
- Los datos de los registros manuales son ingresados al sistema de manera que se encuentre actualizado permanentemente.

RRHH:

- Tecnólogo médico o técnico especializado.



HOSPITAL TARAPOTO



CENTRO DE HEMOTERAPIA Y BANCO DE SANGRE TIPO I HOSPITAL II-2 TARAPOTO

GUÍA DE PROCESOS

CÓDIGO:
GU – SGC – 001

VERSIÓN: 02

DIAGRAMA DE FLUJO

EG05 – PC01: ALMACENAMIENTO

CENTRO DE HEMOTERAPIA Y BANCO DE SANGRE

INICIO

Unidades de Sangre y Hemocomponentes provenientes del Banco de Sangre Regional San Martín

Unidades de Sangre y Hemocomponentes debidamente rotuladas serán almacenadas adecuadamente

Se llevará un registro de las Unidades almacenadas y desplazadas

Registra los datos en el Sistema

FIN

HOSPITAL II-2 TARAPOTO


 HOSPITAL TARAPOTO	CENTRO DE HEMOTERAPIA Y BANCO DE SANGRE TIPO I HOSPITAL II-2 TARAPOTO	CÓDIGO: GU – SGC – 001
GUÍA DE PROCESOS		VERSIÓN: 02

DIAGRAMA DETALLADO DE PROCESOS

EG05- PC02: ATENCIÓN DE SOLICITUD TRANSFUSIONAL



PASO 02:

- El responsable de la toma de muestra, verifica que la solicitud transfusional se encuentre con fecha y hora de recepción por personal del Centro de Hemoterapia y Banco de sangre.
- El responsable de la toma de muestra, extrae la muestra de sangre del receptor en volumen y condiciones adecuadas y lleva la muestra al Centro de Hemoterapia y Banco de Sangre.

RRHH:

- Médico Patólogo Clínico.
- Tecnólogo Médico.
- Técnico Especializado.
- Técnico de laboratorio.

El personal de turno del Centro de Hemoterapia y Banco de Sangre recibe la Solicitud Transfusional, y verifica que los datos consignados del paciente estén completos y legibles; así como que la solicitud este firmada por el médico tratante.

El personal debe verificar además que el consentimiento informado del paciente adjuntado a la solicitud transfusional, con la firma del paciente, o del familiar responsable, caso contrario por el personal de turno del Centro de Hemoterapia y Banco de Sangre no será aceptada hasta que se hagan las aclaraciones pertinentes.

El personal de turno del Centro de Hemoterapia y Banco de Sangre registra la fecha y hora de recepción de la solicitud, y esta es llevada a la unidad de toma de muestra.

El personal de turno del Centro de Hemoterapia y Banco de Sangre realiza la extracción de la muestra de sangre del receptor, y la lleva a la unidad de verificación de datos.

El personal de turno del Centro de Hemoterapia y Banco de Sangre realiza la prueba de compatibilidad de la muestra de sangre del receptor con la muestra de sangre del donante.

El personal de turno del Centro de Hemoterapia y Banco de Sangre entrega la unidad de sangre solicitada al receptor, y firma el libro de transfusiones.

El personal de turno del Centro de Hemoterapia y Banco de Sangre registra el código de identificación de la unidad de sangre solicitada, resultado de la prueba de compatibilidad, datos del receptor, nombre del que atendió la solicitud en el libro de transfusiones.

RRHH:

- Médico Patólogo Clínico.
- Tecnólogo Médico.
- Técnico Especializado.
- Responsable del área usuaria solicitante.

PASO 03:

- El personal de turno del Centro de Hemoterapia y Banco de sangre verifica que los datos del receptor sean correctos y correspondan a los de la muestra.
- El personal de turno examina la información sobre transfusiones anteriores.

RRHH:

- Médico Patólogo Clínico.
- Tecnólogo Médico.
- Técnico Especializado.
- Técnico de laboratorio.

PASO 04:

- El personal de turno del Centro de Hemoterapia y Banco de sangre identifica la(s) unidad(es) según la solicitud efectuada.
- El personal registra el código de identificación de la unidad en cada solicitud.
- El personal obtiene una muestra de las unidades que requieran realizar pruebas de compatibilidad.
- El personal realiza la prueba de compatibilidad, registra el resultado en la Solicitud Transfusional, en el sistema y en la unidad a entregar.

RRHH:

- Médico Patólogo Clínico.
- Tecnólogo Médico.
- Técnico Especializado.

PASO 05:

- El personal de turno del Centro de Hemoterapia y Banco de sangre entrega la unidad solicitada previo registro del nombre, fecha, hora y firma de la persona que la recepciona.
- Registra el código de identificación de la unidad solicitada, resultado de la prueba de compatibilidad, datos del receptor, nombre del que atendió la solicitud en el libro de transfusiones.

RRHH:

- Médico Patólogo Clínico.
- Tecnólogo Médico.
- Técnico Especializado.
- Responsable del área usuaria solicitante.



CENTRO DE HEMOTERAPIA Y BANCO DE SANGRE TIPO I
HOSPITAL II-2 TARAPOTO

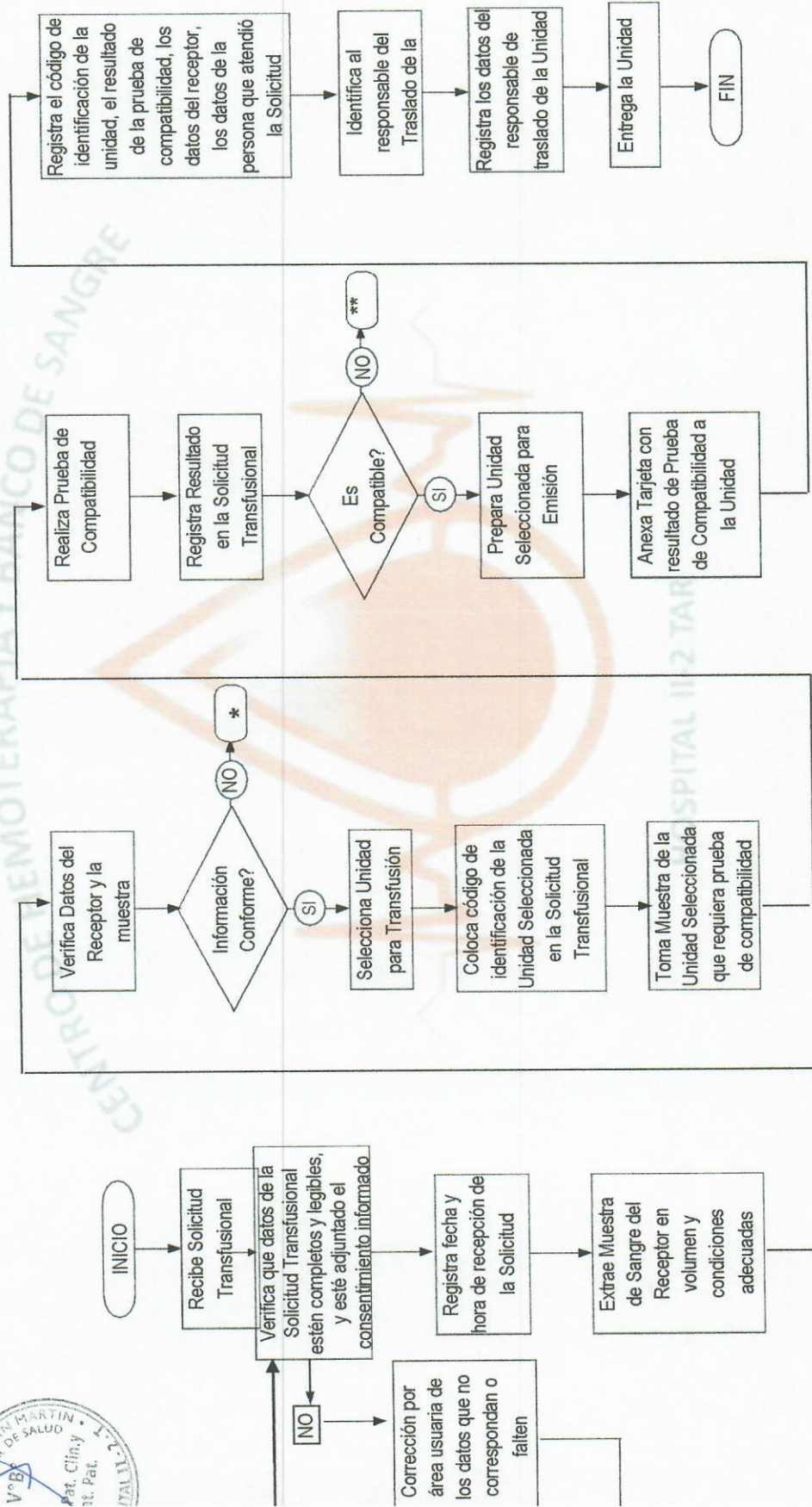
CÓDIGO:
GU - SGC - 001

GUÍA DE PROCESOS

VERSIÓN: 02

DIAGRAMA DE FLUJO

EG05 - PC02: ATENCIÓN DE SOLICITUD TRANSFUSIONAL



* De no coincidir los datos del paciente con los de la muestra, se volverá a tomar una muestra verificando los datos del paciente.
** De salir la prueba cruzada incompatible, se procede a seguir lo indicado en el POE: PRUEBA CRUZADA MAYOR, Pág. 31-32


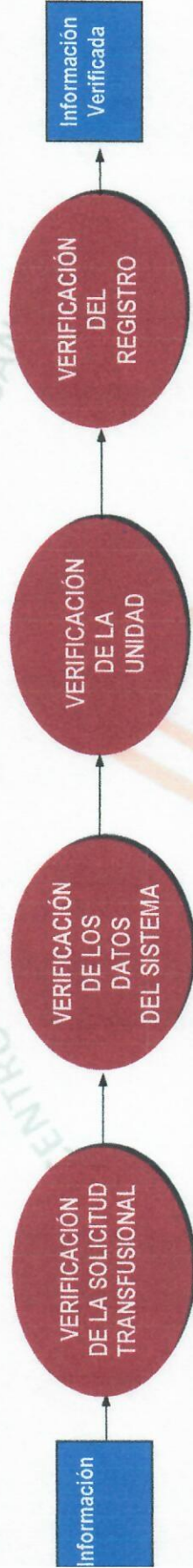
 <p>HOSPITAL TARAPOTO</p>	<p>CENTRO DE HEMOTERAPIA Y BANCO DE SANGRE TIPO I HOSPITAL II-2 TARAPOTO</p>	<p>CÓDIGO: GU – SGC – 001</p>
<p>GUÍA DE PROCESOS</p>		<p>VERSIÓN: 02</p>

DIAGRAMA DETALLADO DE PROCESOS

EG05- PC03: VERIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN



PASO 01:

- El personal de turno del Centro de Hemoterapia y Banco de Sangre verifica la conformidad de la información contenida en la Solicitud Transfusional y su correlación con los datos del tubo de la muestra del paciente receptor para la prueba de compatibilidad.

RRHH:

- Médico Patólogo Clínico.
- Tecnólogo Médico.
- Técnico Especializado.
- Técnico de laboratorio.

PASO 02:

- El personal verifica que los datos colocados en los registros correspondan a los contenidos en la Solicitud Transfusional.

RRHH:

- Médico Patólogo Clínico.
- Tecnólogo Médico.
- Técnico Especializado.

PASO 03:

- El personal verifica la correlación entre los datos de la Solicitud Transfusional, la Unidad Seleccionada y la Muestra analizada del receptor.

- El personal verifica que el tipo de componente, grupo sanguíneo y factor Rh que indica la Unidad corresponda a lo solicitado.

RRHH:

- Médico Patólogo Clínico.
- Tecnólogo Médico.
- Técnico Especializado.

PASO 04:

- El personal del Centro de Hemoterapia y Banco de Sangre y el personal responsable de área usuaria que solicita la unidad, verifican antes de la entrega de la unidad que los datos registrados en el Libro de Transfusiones, son los indicados en la Solicitud Transfusional y en la Unidad a entregar.

RRHH:

- Médico Patólogo Clínico.
- Tecnólogo Médico.
- Técnico Especializado.
- Responsable del área usuaria solicitante



CENTRO DE HEMOTERAPIA Y BANCO DE SANGRE TIPO I
HOSPITAL II-2 TARAPOTO

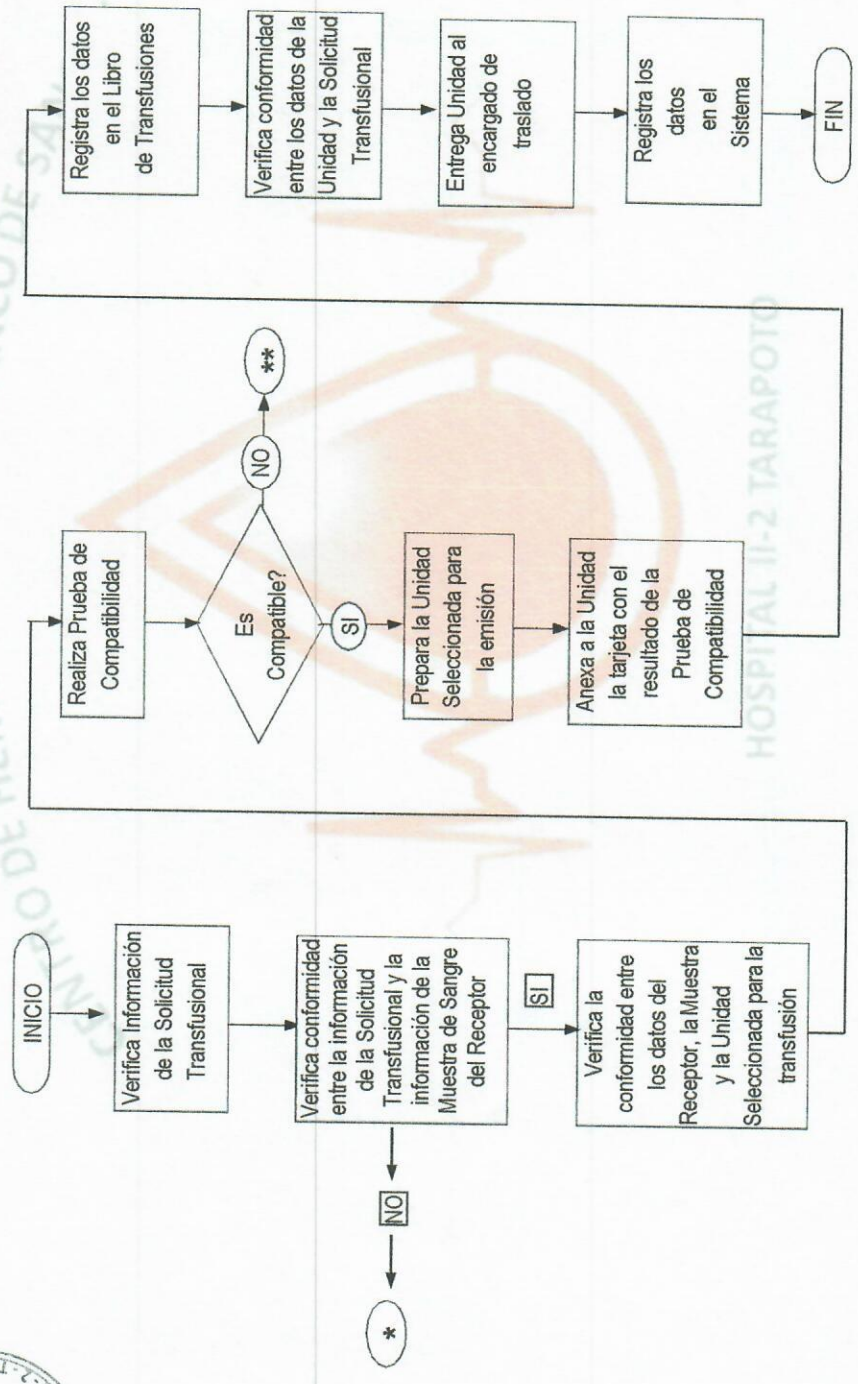
CÓDIGO:
GU – SGC – 001

GUÍA DE PROCESOS

VERSIÓN: 02

DIAGRAMA DE FLUJO

EG05 – PC03: VERIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN





**CENTRO DE HEMOTERAPIA Y BANCO DE SANGRE TIPO I
HOSPITAL II-2 TARAPOTO**

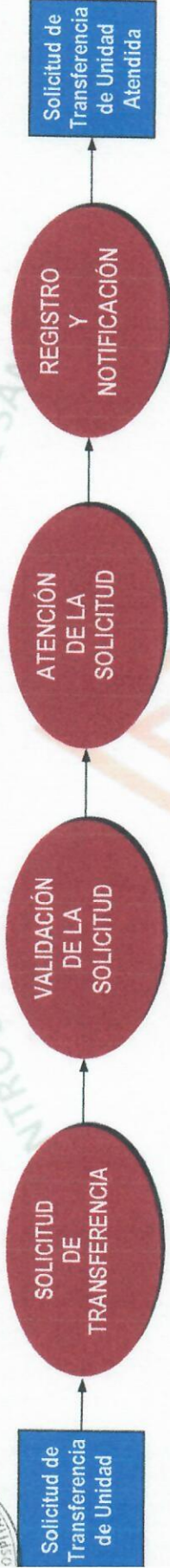
**CÓDIGO:
GU – SGC – 001**

GUÍA DE PROCESOS

VERSIÓN: 02

DIAGRAMA DETALLADO DE PROCESOS

EG05– PC04: TRANSFERENCIA DE UNIDADES



PASO 01:

- El Centro de Hemoterapia y Banco de Sangre tipo I del Hospital II Tarapoto presenta una solicitud formal al Director del Banco de Sangre Regional San Martín, especificando motivo de la solicitud de transferencia, tipo y número de unidades que requiere, grupo sanguíneo y factor Rh.

RRHH:

- Director del Banco Regional San Martín.
- Responsable del Centro de Hemoterapia y Banco de Sangre tipo I del Hospital II-2 Tarapoto.

PASO 02:

- El Responsable del Banco de Sangre Regional San Martín verifica si la solicitud se ajusta al manejo racional de sangre según los estándares internacionales de manejo clínico establecidos.
- El Responsable del Banco de Sangre Regional San Martín dispone la verificación del stock para asegurar que se cuenta con la unidad solicitada, en el número requerido.

RRHH:

- Responsable del Banco de Sangre Regional San Martín

PASO 03:

- El encargado del Banco de Sangre Regional San Martín ubica y selecciona la unidad(es) que será trasladada de acuerdo a los datos contenidos en la Solicitud enviada.
- El personal de turno del Centro de Hemoterapia y Banco de Sangre tipo I del Hospital II-2 Tarapoto colocará la(s) unidad(es) en un recipiente cerrado, que conserve la temperatura apropiada para el componente a trasladar, manteniendo la cadena de frío correspondiente.

RRHH:

- Médico Patólogo Clínico.
- Tecnólogo Médico.
- Técnico Especializado.

PASO 04:

- El encargado del Banco de Sangre Regional San Martín registra los datos de la unidad transferida en el Sistema.
- El encargado elabora la Constancia de transferencia con los datos señalados en la norma (Formato constancia de transferencia).

- El personal de turno del Centro de Hemoterapia y Banco de Sangre tipo I del Hospital II-2 Tarapoto recepciona los hemocomponentes verificando con la documentación y las unidades: el número de lote, sello de calidad, grupo sanguíneo y fecha de vencimiento, firmando la recepción de conformidad, fecha y hora, para luego ingresar al Centro de hemoterapia.

RRHH:

- Médico Patólogo Clínico.
- Tecnólogo Médico.
- Técnico Especializado.



CENTRO DE HEMOTERAPIA Y BANCO DE SANGRE TIPO I
HOSPITAL II-2 TARAPOTO

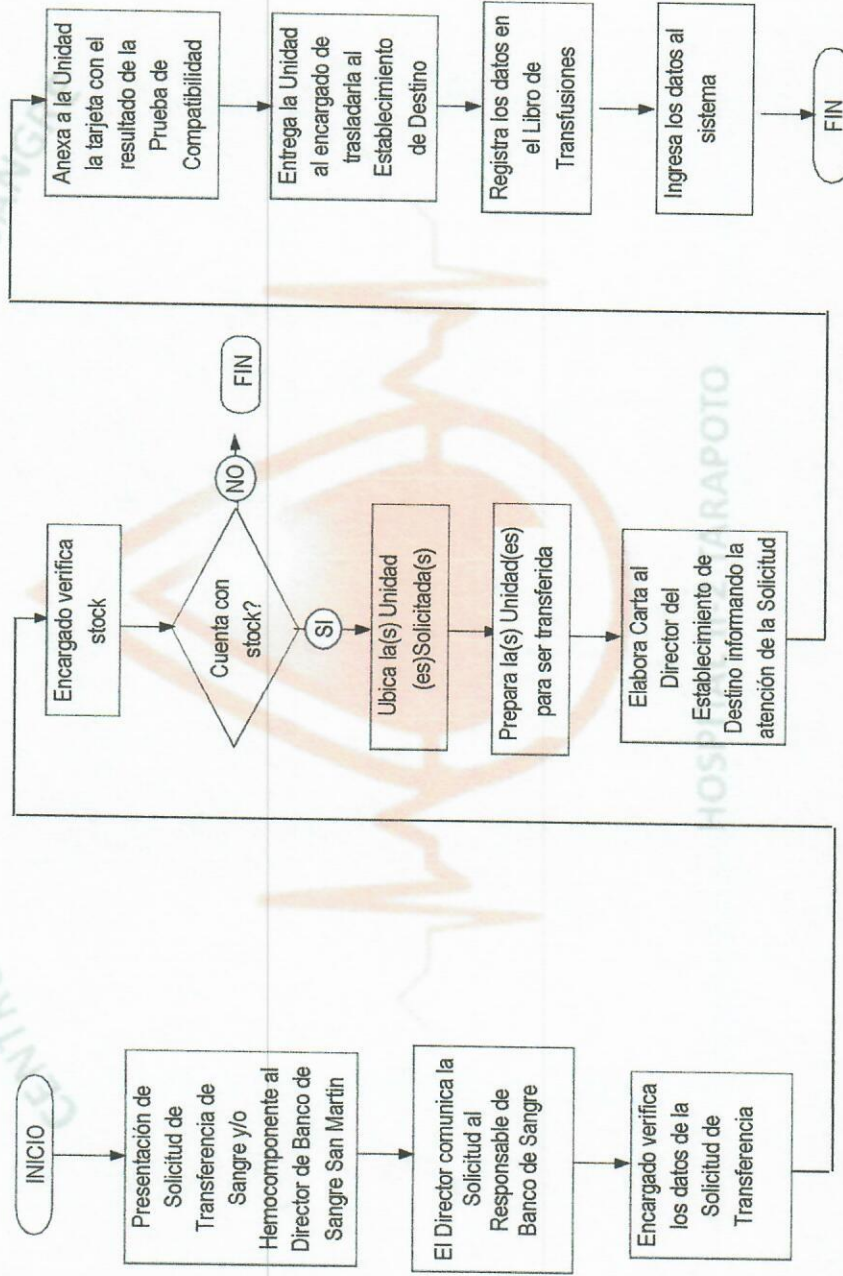
CÓDIGO:
GU – SGC – 001

GUÍA DE PROCESOS

VERSIÓN: 02

DIAGRAMA DE FLUJO

EG05 – PC04: TRANSFERENCIAS DE UNIDADES




 <p>HOSPITAL TARAPOTO</p>	<p>CENTRO DE HEMOTERAPIA Y BANCO DE SANGRE TIPO I HOSPITAL II-2 TARAPOTO</p>	<p>CÓDIGO: GU – SGC – 001</p>
<p>GUÍA DE PROCESOS</p>		<p>VERSIÓN: 02</p>

DIAGRAMA DETALLADO DE PROCESOS

EG05– PC05: PROVISIÓN URGENTE DE SANGRE



PASO 01:

El médico tratante que requiere la sangre debe enviar una Solicitud Transfusional al Centro de Hemoterapia y Banco de Sangre, especificando que requiere la(s) unidad(es) de sangre en forma urgente sin pruebas de compatibilidad previas.

El personal de turno del Centro de Hemoterapia y Banco de Sangre verifica que La Solicitud Transfusional esté debidamente llenada, debe tener la firma y sello del médico que solicita la unidad en forma urgente y el consentimiento informado de la transfusión, con firma y con huella digital, por el paciente, familiar o médico tratante según sea el caso.

RRH:

- Médico tratante del área usuaria.
- Médico Patólogo Clínico.
- Tecnólogo Médico.
- Técnico Especializado.

PASO 02:

- El personal de turno verifica que cuenta con la unidad solicitada.
- El personal de turno selecciona la unidad adecuada según los criterios establecidos.

RRHH:

- Médico Patólogo Clínico.
- Tecnólogo Médico.
- Técnico Especializado.

PASO 03:

- El personal de turno identifica a la persona que recoge la unidad de sangre y registra sus datos.
- El personal de turno entrega la unidad solicitada.
- Se Envía al personal de toma de muestra, para obtener una muestra para la prueba cruzada antes de empezar la transfusión
- El personal de turno realiza la prueba de compatibilidad e informa los resultados al más breve plazo, al médico solicitante.

RRHH:

- Médico Patólogo Clínico.
- Tecnólogo Médico.
- Técnico Especializado.

PASO 04:

- El personal de turno anota en el Registro de Transfusiones el Código de identificación de la unidad, Grupo, Rh, N° de Sello de Calidad, unidad solicitada, resultado de la prueba de compatibilidad, datos del paciente, nombre del que atendió la solicitud, nombre del que recoge la unidad, fecha y hora de la atención.
- El encargado registra los datos consignando que la prueba de compatibilidad se realizó en forma posterior a la emisión de la unidad, por tratarse de un caso urgente.

RRHH:

- Médico Patólogo Clínico.
- Tecnólogo Médico.
- Técnico Especializado.



CENTRO DE HEMOTERAPIA Y BANCO DE SANGRE TIPO I
HOSPITAL II-2 TARAPOTO

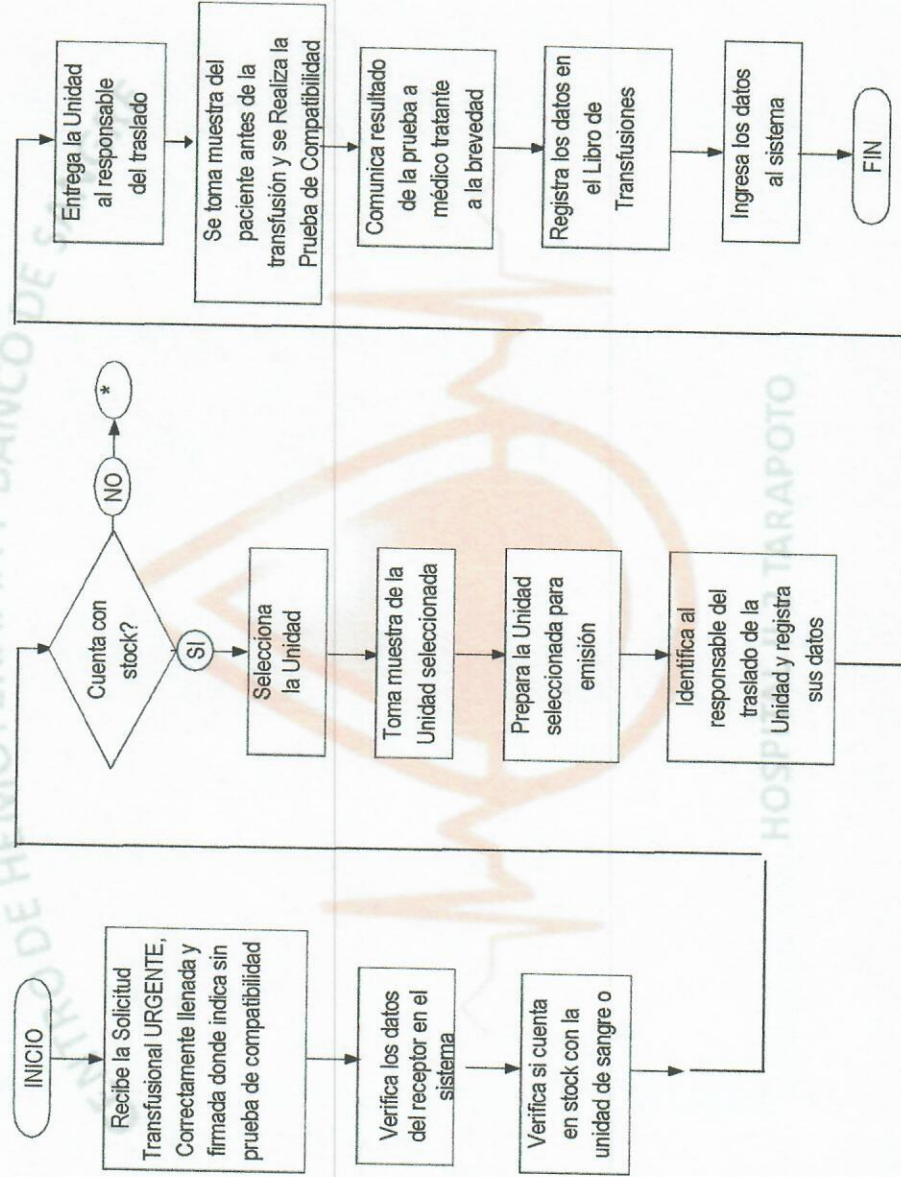
CÓDIGO:
GU – SGC – 001

GUÍA DE PROCESOS

VERSIÓN: 02

DIAGRAMA DE FLUJO

EG05 – PC05: PROVISIÓN URGENTE DE SANGRE



* De no contar con Stock de unidades que sean del mismo grupo del paciente, el medico solicitante debe autorizar bajo su responsabilidad, la solicitud de un hemocomponente de grupo sanguíneo diferente al del paciente.


 <p>HOSPITAL TARAPOTO</p>	<p>CENTRO DE HEMOTERAPIA Y BANCO DE SANGRE TIPO I HOSPITAL II-2 TARAPOTO</p>	<p>CÓDIGO: GU – SGC – 001</p>
<p>GUÍA DE PROCESOS</p>		<p>VERSIÓN: 02</p>

DIAGRAMA DETALLADO DE PROCESOS

EG05- PC06: CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL RECEPTOR



PASO 01:

- El médico tratante informa al receptor sobre la necesidad de realizarle una transfusión, los riesgos y posibles efectos adversos de este acto.

RRHH:

- Médico tratante

PASO 02:

- El receptor puede efectuar las preguntas que considere convenientes hasta que sus dudas hayan sido resueltas.
- Si no existen dudas, el receptor le comunica al médico tratante su deseo de continuar el proceso de transfusión

RRHH:

- Médico tratante

PASO 03:

- El médico tratante le indica al receptor como debe proceder a firmar la Hoja de Consentimiento Informado.
- El receptor coloca su firma y/o huella digital en la Hoja de Consentimiento Informado.
- En caso de que el paciente se encuentre inconsciente y/o incapacitado de tomar esa decisión, debe firmar el familiar a cargo del paciente.
- En caso de que la decisión implique el riesgo de vida del paciente y no se encuentren los familiares del mismo, la orden debe estar firmada por el médico tratante.

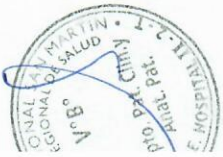
RRHH:

- Médico tratante

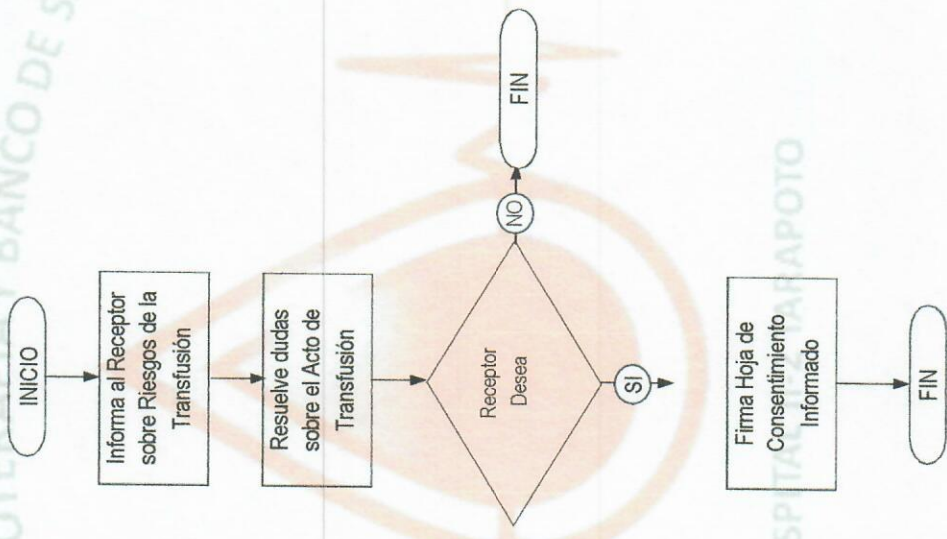
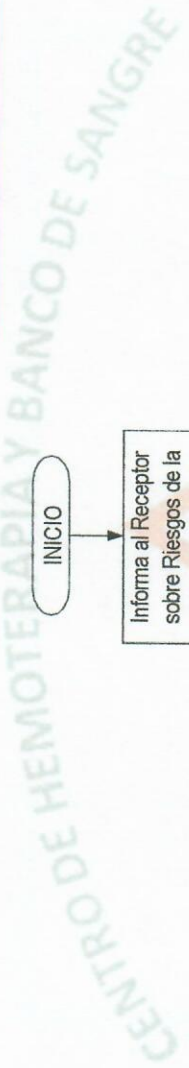


CENTRO DE HEMOTERAPIA Y BANCO DE SANGRE TIPO I HOSPITAL II-2 TARAPOTO	CÓDIGO: GU – SGC – 001
GUÍA DE PROCESOS	VERSIÓN: 02

DIAGRAMA DE FLUJO



EG05 – PC06: CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL RECEPTOR




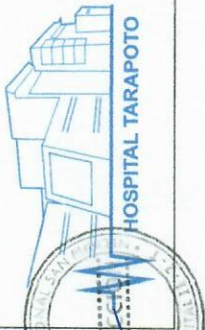
 HOSPITAL TARAPOTO	CENTRO DE HEMOTERAPIA Y BANCO DE SANGRE TIPO I HOSPITAL II-2 TARAPOTO	CÓDIGO: GU – SGC – 001
GUÍA DE PROCESOS		VERSIÓN: 02

DIAGRAMA DETALLADO DE PROCESOS

EG05 – PC07: SEGUIMIENTO AL RECEPTOR



- PASO 02:**
- Se reitera al donante que tiene resultado anormal de la prueba de tamizaje.
 - Se identifican las unidades extraídas de ese donante, hasta la fecha según el número de lote.
 - Se identifican todas las unidades de componentes preparados con las unidades extraídas según su número de lote.
 - Se identifican a todos los receptores que a la fecha hubieran recibido alguna de las unidades de sangre y/o componentes pertenecientes a ese donante.
- RRHH:**
- Médico Asistente del Banco Regional San Martín.
 - Responsable del Centro de Hemoterapia y Banco de Sangre del Hospital II-2 Tarapoto
 - Tecnólogo Médico.
 - Técnico Especializado.
- PASO 03:**
- Se informa del hecho a los médicos tratantes del o los receptor(es) identificados.
 - El médico tratante ubica a él o los receptor(es) identificados.
 - El médico tratante notifica del hecho a él o los receptor(es) identificados y le(s) indica que deben realizarse las pruebas respectivas.
- RRHH:**
- Médico tratante del área
- PASO 04:**
- Se extrae la muestra de sangre del receptor.
 - Se tamiza para las pruebas obligatorias.
 - Si la prueba resulta dudosa o reactiva se repite.
 - Se confirma resultado.
 - Se registran los resultados.
- RRHH:**
- Médico Asistente del Banco Regional San Martín.
 - Tecnólogo Médico.
 - Técnico Especializado.
- PASO 05:**
- El Responsable del Centro de Hemoterapia y Banco de Sangre informa al médico tratante los resultados de las pruebas realizadas al receptor.
 - El médico tratante informa al receptor el resultado de las pruebas realizadas.
- RRHH:**
- Responsable del Centro de Hemoterapia y Banco de Sangre tipo I del Hospital II-2 Tarapoto.
 - Médico tratante.



CENTRO DE HEMOTERAPIA Y BANCO DE SANGRE TIPO I
HOSPITAL II-2 TARAPOTO

CÓDIGO:
GU – SGC – 001

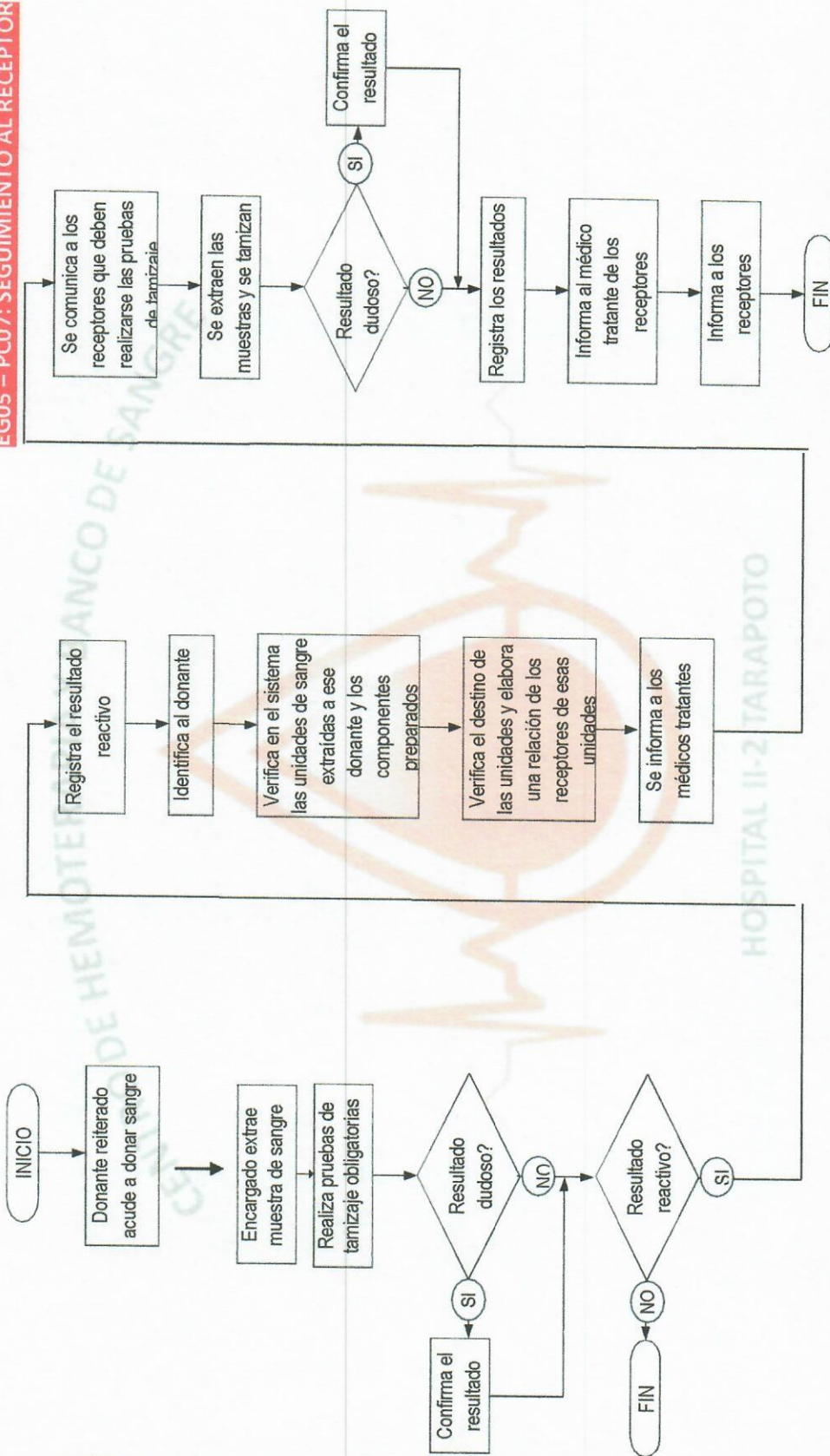
GUÍA DE PROCESOS

VERSIÓN: 02



DIAGRAMA DE FLUJO

EG05 – PC07: SEGUIMIENTO AL RECEPTOR





CENTRO DE HEMOTERAPIA Y BANCO DE SANGRE TIPO I
HOSPITAL II-2 TARAPOTO

CÓDIGO:
GU – SGC – 001

GUÍA DE PROCESOS

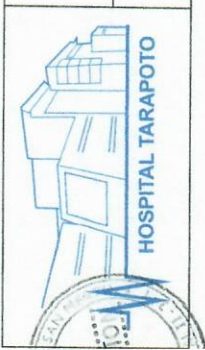
VERSIÓN: 02

DIAGRAMA DETALLADO DE PROCESOS

EG05- PC08: DESARROLLO DE NUEVOS PROCESOS



- PASO 02:**
- El Responsable de Calidad identifica los criterios de calidad relacionados al nuevo proceso.
 - El Responsable de Calidad verifica que los criterios de calidad están presentes en la propuesta del nuevo proceso.
- RRHH:**
- Responsable del Centro de Hemoterapia y Banco de Sangre tipo I del Hospital II Tarapoto.
 - Responsable de Calidad.
- PASO 03:**
- El Responsable de Calidad autoriza el Responsable del Centro de Hemoterapia y Banco de Sangre a validar el nuevo proceso propuesto.
 - El Responsable del Banco de Sangre presenta el proceso validado al Jefe del Departamento.
 - El jefe del Departamento presenta el proceso validado al Director del Establecimiento.
- RRHH:**
- El Director del Establecimiento elabora una carta dirigida a la Dirección General de Salud de las Personas solicitando la aprobación del nuevo proceso propuesto.
 - Director del Establecimiento.
 - Jefe del Departamento de Patología Clínica y A.P.
 - Responsable del Centro de Hemoterapia y Banco de Sangre tipo I del Hospital II Tarapoto.
 - Responsable de Calidad.
- PASO 04:**
- La DGSP envía el expediente al PRONAHEBAS para su aprobación.
 - El PRONAHEBAS evalúa el nuevo proceso presentado.
 - El PRONAHEBAS elabora un informe con el resultado de la evaluación.
 - El PRONAHEBAS proyecta un Oficio dirigido al Director del Establecimiento señalando que el nuevo proceso ha sido aprobado o desaprobado.
- RRHH:**
- Director General de Salud de las Personas.
 - Coordinador Nacional del PRONAHEBAS.
 - Director del Establecimiento.
- PASO 05:**
- El Jefe del Departamento de Patología Clínica y Anatomía Patológica recibe el informe del resultado de la evaluación.
 - Si el proceso ha sido aprobado, el Responsable de Calidad en coordinación con el Responsable del Centro de Hemoterapia y Banco de Sangre implementa el nuevo proceso.
 - Si el proceso fue desaprobado debe ser replanteado teniendo en cuenta las observaciones realizadas por el PRONAHEBAS.
- RRHH:**
- Jefe del Departamento de Patología Clínica y A.P.
 - Responsable del Centro de Hemoterapia y Banco de Sangre tipo I del Hospital II Tarapoto.
 - Responsable de Calidad.



**CENTRO DE HEMOTERAPIA Y BANCO DE SANGRE TIPO I
HOSPITAL II-2 TARAPOTO**

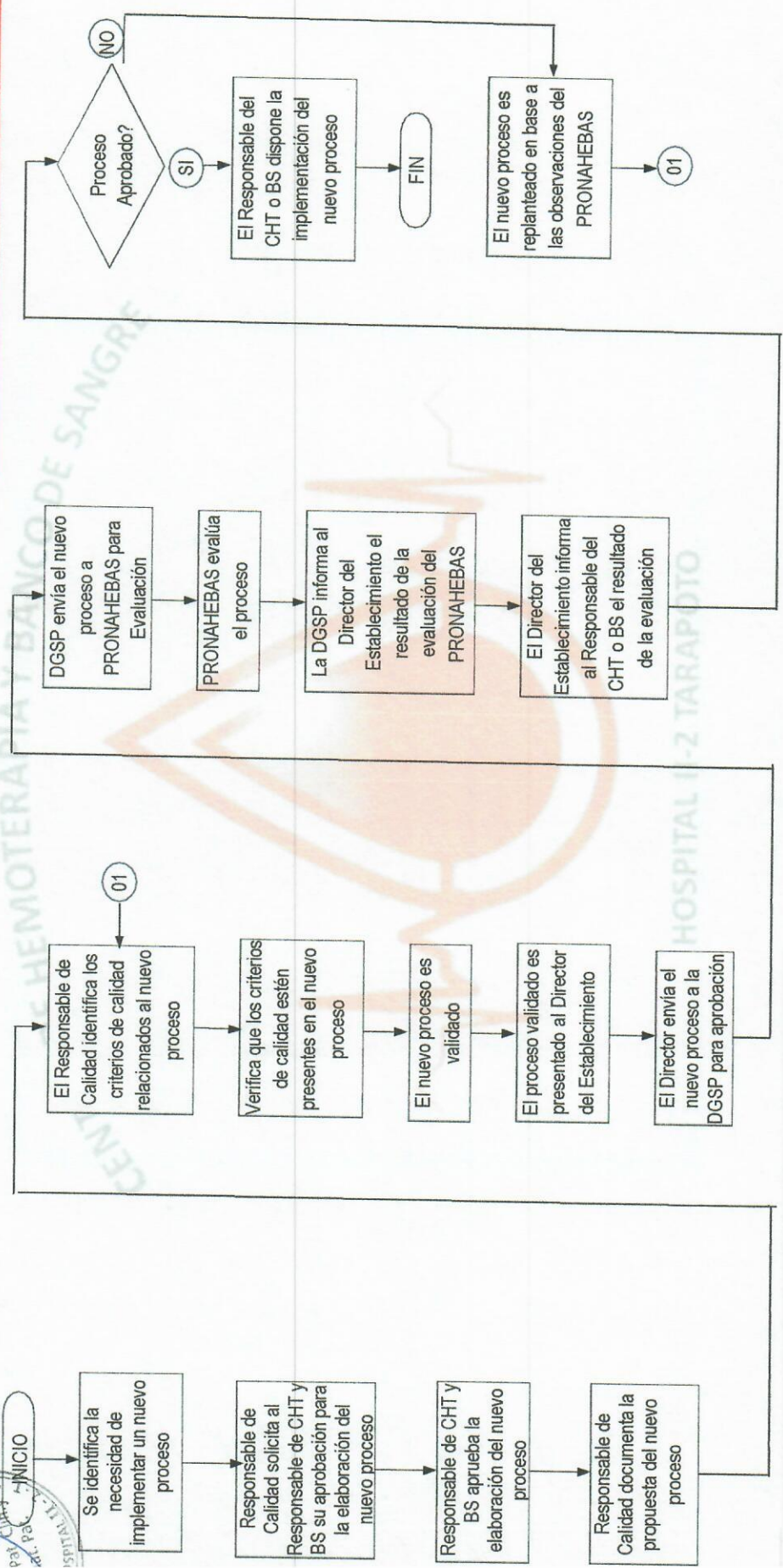
**CÓDIGO:
GU - SGC - 001**

GUÍA DE PROCESOS

VERSIÓN: 02

DIAGRAMA DE FLUJO

EG05 - PC08: DESARROLLO DE NUEVOS PROCESOS




 <p>HOSPITAL TARAPOTO</p>	<p style="text-align: center;">CENTRO DE HEMOTERAPIA Y BANCO DE SANGRE TIPO I HOSPITAL II-2 TARAPOTO</p> <p style="text-align: center;">GUÍA DE PROCESOS</p>	<p style="text-align: center;">CÓDIGO: GU – SGC – 001</p> <p style="text-align: center;">VERSIÓN: 02</p>
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

DIAGRAMA DETALLADO DE PROCESOS

EG05– PC09: MODIFICACIÓN CONTROLADA DE PROCESOS



- | | | | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>PASO 02:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● El Responsable de Calidad identifica necesidad de modificar un proceso. ● El Responsable de Calidad solicita al Responsable de Calidad de Hemoterapia y Banco de Sangre que se desea implementar. ● El Responsable de Calidad verifica que la elaboración de esta de modificación del proceso que se desea implementar. ● El Responsable de Calidad aprueba la acción de una propuesta de modificación. ● El Responsable de Calidad elabora propuesta de modificación. | <p>PASO 03:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● El Responsable del Centro de Hemoterapia y Banco de Sangre realiza la validación del proceso modificado. ● El Director del Establecimiento elabora una carta dirigida a la Dirección General de Salud de las Personas solicitando la aprobación del proceso modificado y adjunta el diseño propuesto | <p>PASO 04:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● La DGSP envía el expediente al PRONAHEBAS para su aprobación. ● El PRONAHEBAS evalúa el proceso modificado presentado. ● El PRONAHEBAS aprueba la implementación del proceso modificado. ● El PRONAHEBAS proyecta un Oficio dirigido al Director del Establecimiento señalando que el nuevo proceso ha sido aprobado. | <p>PASO 05:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● El Responsable del Centro de Hemoterapia o Banco de Sangre recibe la comunicación de que el proceso mejorado ha sido aprobado. ● El Responsable de Calidad en coordinación con el Responsable del Centro de Hemoterapia o Banco de Sangre implementa la modificación aprobada al proceso. |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

RRHH:

- Responsable del Centro de Hemoterapia y Banco de Sangre tipo I del Hospital II Tarapoto.
- Responsable de Calidad.

RRHH:

- Director del Establecimiento.
- Responsable del Centro de Hemoterapia y Banco de Sangre tipo I del Hospital II Tarapoto.
- Coordinador Nacional del PRONAHEBAS.
- Director del Establecimiento.

RRHH:

- Director del Establecimiento.
- Responsable del Centro de Hemoterapia y Banco de Sangre tipo I del Hospital II Tarapoto.
- Responsable de Calidad.

RRHH:

- Responsable del Centro de Hemoterapia y Banco de Sangre tipo I del Hospital II Tarapoto.
- Responsable de Calidad.



HOSPITAL TARAPOTO

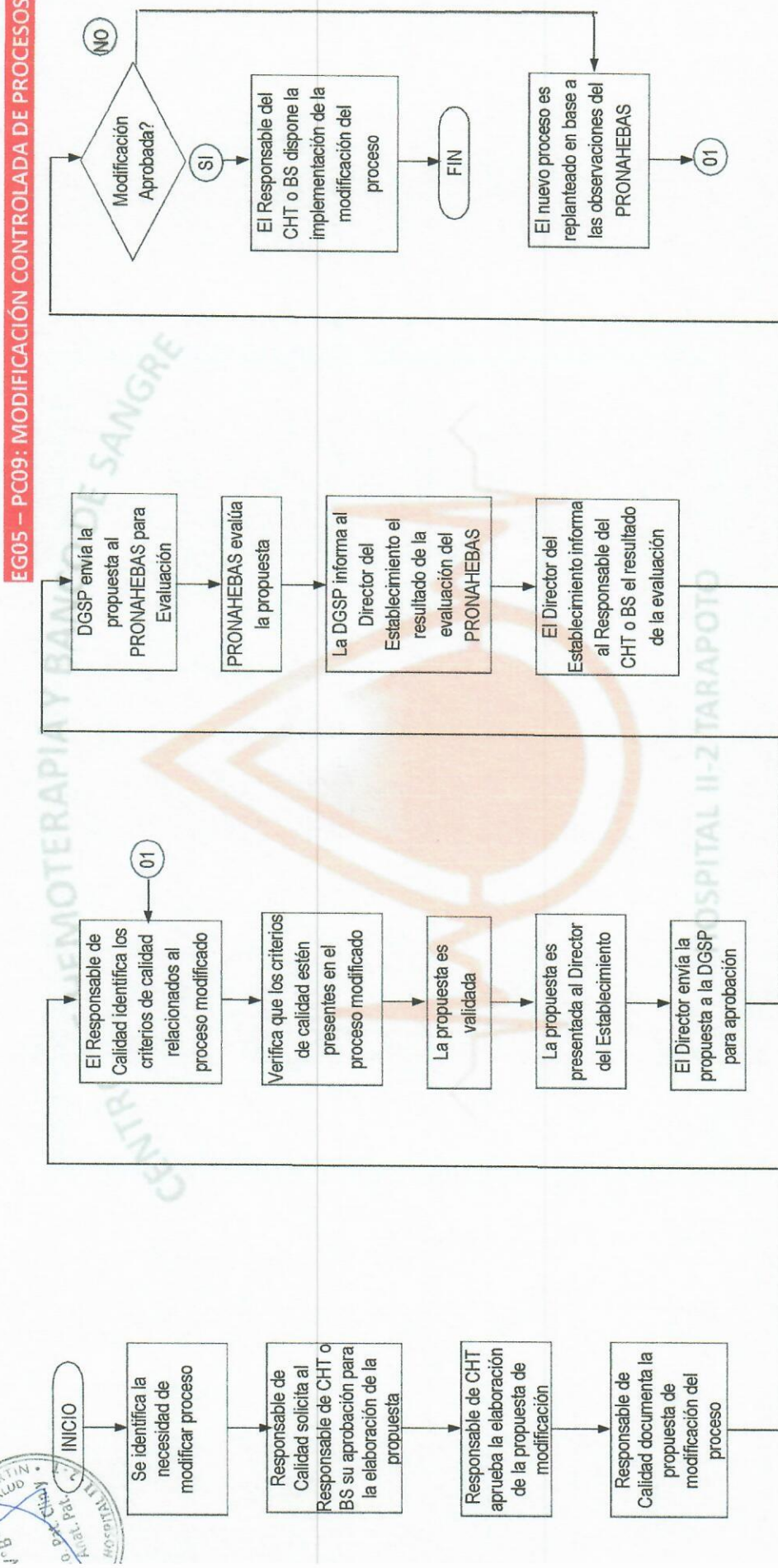
CENTRO DE HEMOTERAPIA Y BANCO DE SANGRE TIPO I HOSPITAL II-2 TARAPOTO

CÓDIGO:
GU – SGC – 001

VERSIÓN: 02

GUÍA DE PROCESOS

DIAGRAMA DE FLUJO




	<p style="text-align: center;">CENTRO DE HEMOTERAPIA Y BANCO DE SANGRE TIPO I HOSPITAL II-2 TARAPOTO</p>	<p style="text-align: center;">CÓDIGO: GU - SGC - 001</p>
<p style="text-align: center;">GUÍA DE PROCESOS</p>		<p style="text-align: center;">VERSIÓN: 02</p>

DIAGRAMA DETALLADO DE PROCESOS

EG06- PC01: CONTROL DE FORMATOS Y REGISTROS



PASO 01:

- El Jefe del Departamento de Patología Clínica y A.P. y El responsable del Centro de Hemoterapia y Banco de sangre diseñan y/o adoptan formatos y registros a utilizarse para la implementación del Sistema de Gestión de la Calidad.
- El Director del Establecimiento asegura la disponibilidad de los Formatos y Registros a utilizarse para la implementación del Sistema de Gestión de la Calidad en medio impreso o computarizado según sea el nivel de complejidad del establecimiento.
- El Responsable del Centro de Hemoterapia o Banco de Sangre distribuye los Formatos y Registros a los responsables de cada área.

RRHH:

- Director del Establecimiento.
- Jefe del Departamento
- Responsable del Centro de Hemoterapia y Banco de Sangre tipo I del Hospital II-2 Tarapoto.
- Encargado de logística.

PASO 02:

- Los responsables de cada área verifican que los formatos y registros se encuentren disponibles para su uso.
- Los usuarios de los formatos y registros realizan el llenado asegurándose que sea completo y legible; colocando al final su nombre, firma o código de identificación.

RRHH:

- Médico Patólogo Clínico.
- Responsable de Calidad.
- Tecnólogo Médico, TAL II-2 TARAPOTO
- Técnico Especializado.

PASO 03:

- Los responsables de cada área verifican que el llenado de los registros esté completo y legible.
- Los responsables de cada área verifican que los registros se encuentren al día.
- Los responsables de cada área verifican que el CONTROL MAESTRO DE FORMATOS Y REGISTROS se encuentre disponible para los usuarios.

RRHH:

- Responsable del Centro de Hemoterapia y Banco de Sangre tipo I del Hospital II-2 Tarapoto.
- Médico Patólogo Clínico.
- Responsable de Calidad.
- Técnico Médico.
- Técnico Especializado.

PASO 04:

- Los responsables de cada área disponen el archivo de sus registros en lugares apropiados y seguros donde quede asegurada su conservación.
- Vencido el periodo de vigencia, los formatos y registros son eliminados según las normas establecidas en la institución.

RRHH:

- Responsable del Centro de Hemoterapia y Banco de Sangre tipo I del Hospital II-2 Tarapoto.
- Médico Patólogo Clínico.
- Responsable de Calidad.
- Tecnólogo Médico.



CENTRO DE HEMOTERAPIA Y BANCO DE SANGRE TIPO I
HOSPITAL II-2 TARAPOTO

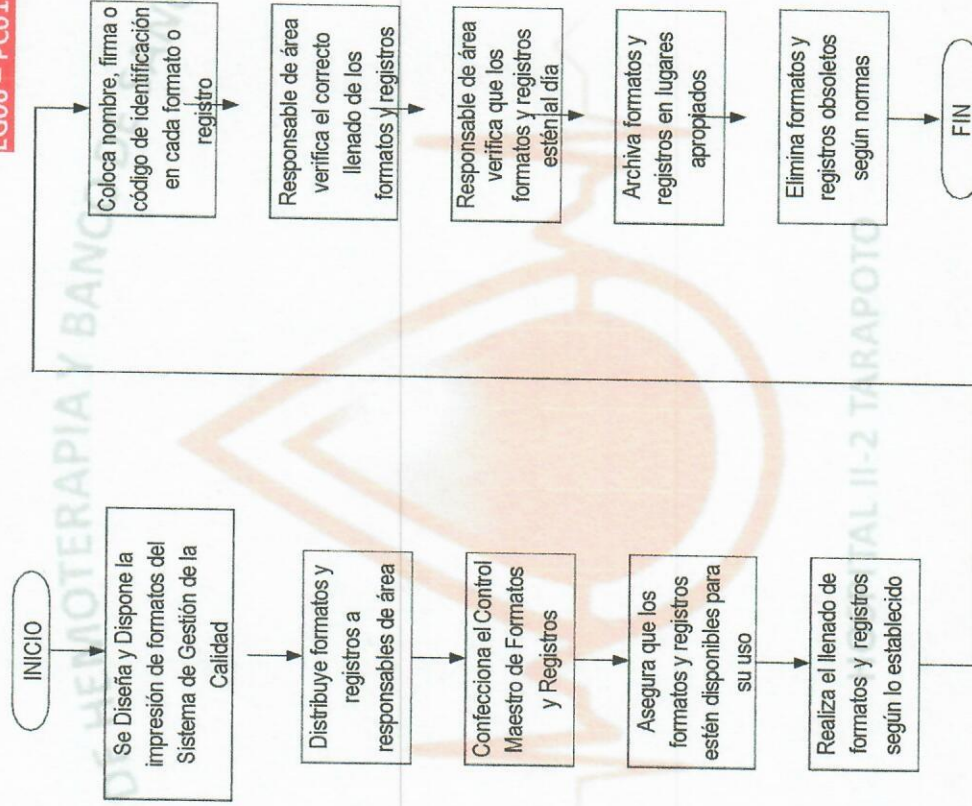
CÓDIGO:
GU – SGC – 001

GUÍA DE PROCESOS

VERSIÓN: 02

DIAGRAMA DE FLUJO

EG06 – PC01: CONTROL DE FORMATOS Y REGISTROS




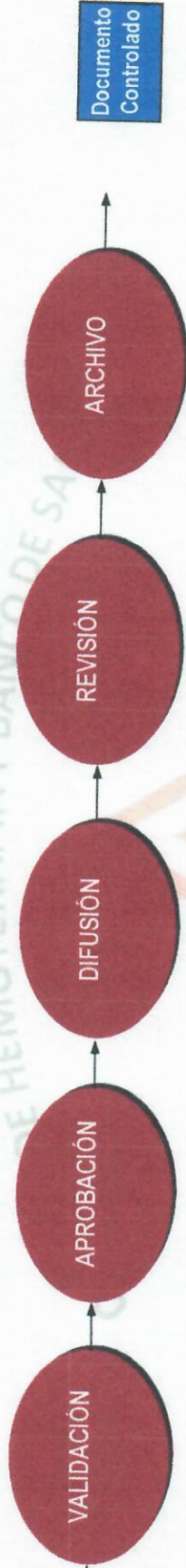
 HOSPITAL TARAPOTO	CENTRO DE HEMOTERAPIA Y BANCO DE SANGRE TIPO I HOSPITAL II-2 TARAPOTO	CÓDIGO: GU – SGC – 001
	GUÍA DE PROCESOS	VERSIÓN: 02

DIAGRAMA DETALLADO DE PROCESOS

EG06- PC02: CONTROL DE DOCUMENTOS



- PASO 01:**
- Programa Nacional de Hemoterapia y Bancos de Sangre
 - Los Documentos Técnicos del Sistema de Gestión de la Calidad son aprobados por las instancias correspondientes del Ministerio de Salud, quienes verifican su idoneidad.
 - Si el Documento Técnico Normativo no cuenta con la aprobación, se realizan las revisiones y correcciones correspondientes hasta lograr la aprobación.
- RRHH:**
- Coordinador Nacional del PRONAHEBAS.
 - Equipo Técnico del PRONAHEBAS.
- PASO 02:**
- Programa Nacional de Hemoterapia y Bancos de Sangre
 - Los Documentos Técnicos del Sistema de Gestión de la Calidad son aprobados por las instancias correspondientes del Ministerio de Salud, quienes verifican su idoneidad.
 - Si el Documento Técnico Normativo no cuenta con la aprobación, se realizan las revisiones y correcciones correspondientes hasta lograr la aprobación.
- RRHH:**
- Coordinador Nacional del PRONAHEBAS.
 - Equipo Técnico del PRONAHEBAS.
- PASO 03:**
- Los documentos aprobados son publicados.
 - El PRONAHEBAS distribuye copias controladas de los Documentos Técnico Normativos del Sistema de Gestión de la Calidad, registradas en el CONTROL DE DISTRIBUCIÓN DE DOCUMENTOS.
 - El Director del Establecimiento y el Responsable del Centro de Hemoterapia y Banco de Sangre debe asegurar que los usuarios internos dispongan de copias legibles de los Documentos para consulta.
- RRHH:**
- Coordinador Nacional del PRONAHEBAS.
 - Director del Establecimiento
 - Responsable del Centro de Hemoterapia y Banco de Sangre tipo I del Hospital II Tarapoto.
- PASO 04:**
- Los documentos son revisados a intervalos regulares.
 - Los cambios asociados a revisiones de los Manuales de Calidad, Procesos, Procedimientos, Criterios, Formatos o Registros, que sean aprobados, deberán estar registrados y archivados.
 - Los documentos que no presenten cambios deben ser revisados en señal de conformidad.
- RRHH:**
- Coordinador Nacional del PRONAHEBAS.
 - Responsable del Centro de Hemoterapia y Banco de Sangre tipo I del Hospital II Tarapoto.
- PASO 05:**
- Los Documentos originales, así como sus copias y estado de revisiones posteriores deben ser registradas en EL CONTROL MAESTRO DE DOCUMENTOS.
 - Todos los documentos deberán presentar la siguiente información en la carátula:
 - Título
 - N° de revisión
 - Fecha de Elaboración
 - Fecha de Aprobación
 - Fecha de Publicación
 - Los documentos obsoletos deben estar adecuadamente identificados, y deben ser reemplazados.
- RRHH:**
- Responsable del Centro de Hemoterapia y Banco de Sangre tipo I del Hospital II Tarapoto.



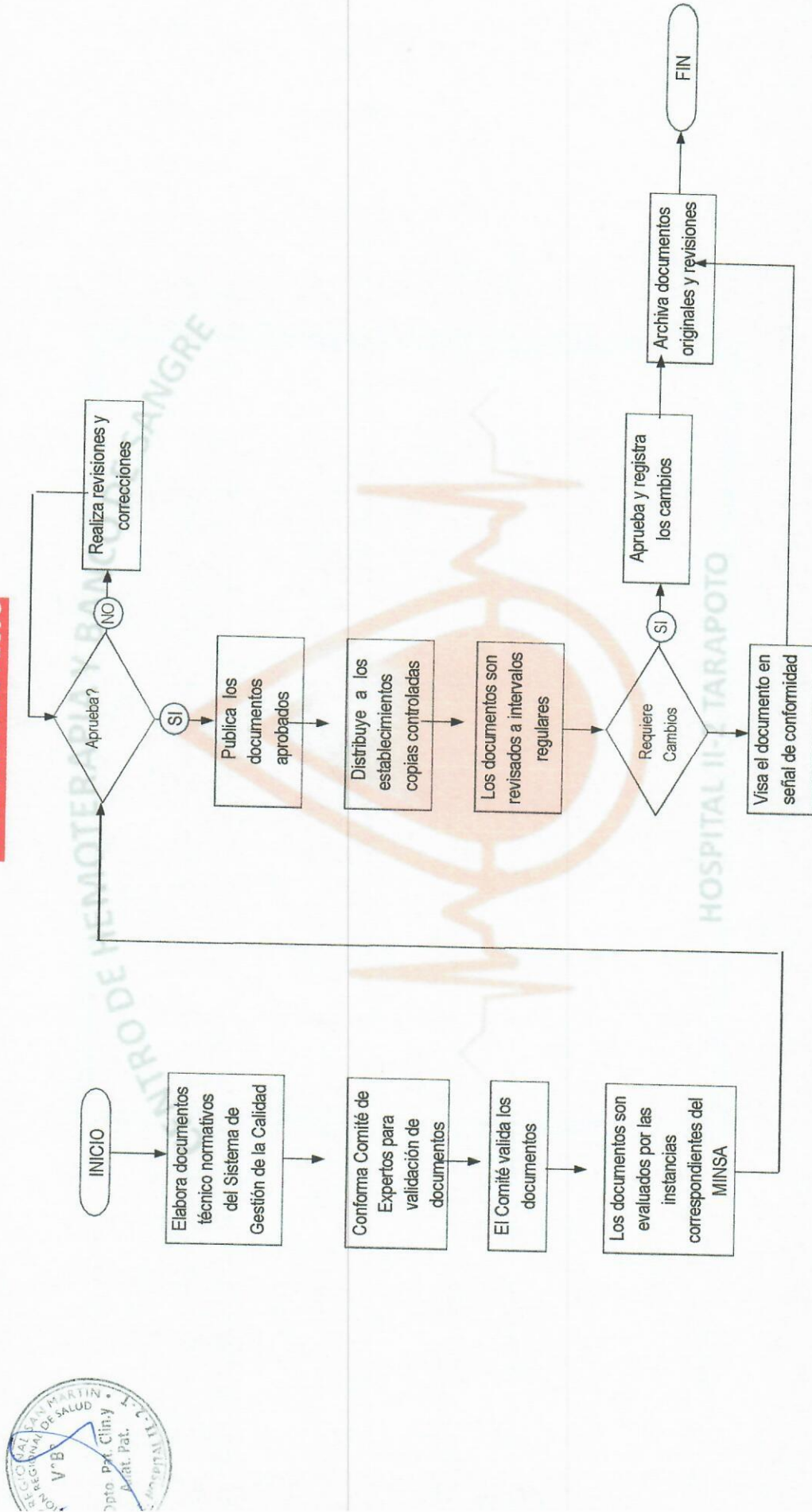
CENTRO DE HEMOTERAPIA Y BANCO DE SANGRE TIPO I
HOSPITAL II-2 TARAPOTO

CÓDIGO:
GU - SGC - 001

GUÍA DE PROCESOS

VERSIÓN: 02

DIAGRAMA DE FLUJO




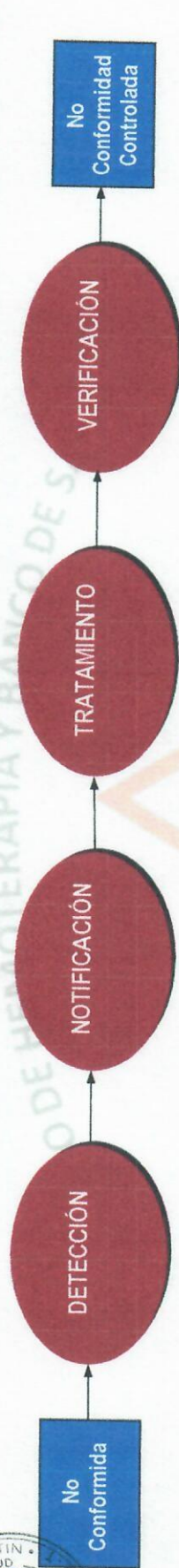
	<p style="text-align: center;">CENTRO DE HEMOTERAPIA Y BANCO DE SANGRE TIPO I HOSPITAL II-2 TARAPOTO</p>	<p style="text-align: center;">CÓDIGO: GU – SGC – 001</p>
<p style="text-align: center;">GUÍA DE PROCESOS</p>		<p style="text-align: center;">VERSIÓN: 02</p>

DIAGRAMA DETALLADO DE PROCESOS

EG07– PC01: CONTROL DE PRODUCTOS Y SERVICIOS NO CONFORMES



PASO 01:

- Elaborar un formato de Registro de No conformidad.
- El detector de una No Conformidad elabora un Informe de No Conformidad colocando el nombre del área donde ocurrió la No Conformidad, fecha y hora de la ocurrencia, el motivo de la No Conformidad, su nombre y firma.

RRHH:

- Responsable del Centro de Hemoterapia y Banco de Sangre tipo I del Hospital II Tarapoto.
- Responsable de Calidad.
- Médico Patólogo clínico.
- Técnico Especializado.
- Técnico Especializado.

PASO 02:

- El detector comunica la No Conformidad al Responsable de Calidad.
- El responsable de Calidad entrega el informe al Responsable del Centro de Hemoterapia y Banco de Sangre, para que él la dirija al Jefe del Departamento de Patología Clínica y A.P. y este al Jefe del Área Administrativa correspondiente.

RRHH:

- Responsable del Centro de Hemoterapia y Banco de Sangre tipo I del Hospital II Tarapoto.
- Jefe del Departamento de Patología Clínica y A.P.
- Responsable de Calidad.
- Médico Patólogo Clínico.
- Técnico Especializado.
- Jefe del Área Administrativa correspondiente.

PASO 03:

- El decisor determina la acción inmediata a seguir en el campo, para evitar que el producto o servicio No Conforme siga en proceso.
- El Responsable del Centro de Hemoterapia y Banco de Sangre deberá determinar si se aplicará una medida correctiva o preventiva, dependiendo de que se trate de una No Conformidad real o potencial.

RRHH:

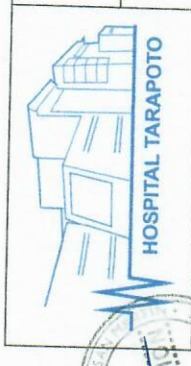
- El producto No Conforme será separado hasta la ejecución de la medida correctiva. Debe ser rotulado y colocado en un área física específica.
- Responsable del Centro de Hemoterapia y Banco de Sangre tipo I del Hospital II Tarapoto.
- Responsable de Calidad.
- Médico Patólogo Clínico.
- Técnico Especializado.
- Jefe del Área Administrativa correspondiente.

PASO 04:

- El Responsable de Calidad verifica la adecuada aplicación de la medida correctiva o preventiva y registra el acto de verificación.
- El Responsable de Calidad codifica y archiva los Informes de No Conformidad.

RRHH:

- Responsable del Centro de Hemoterapia y Banco de Sangre tipo I del Hospital II Tarapoto.
- Responsable de Calidad.
- Médico Patólogo Clínico.
- Técnico Especializado



CENTRO DE HEMOTERAPIA Y BANCO DE SANGRE TIPO I
HOSPITAL I-2 TARAPOTO

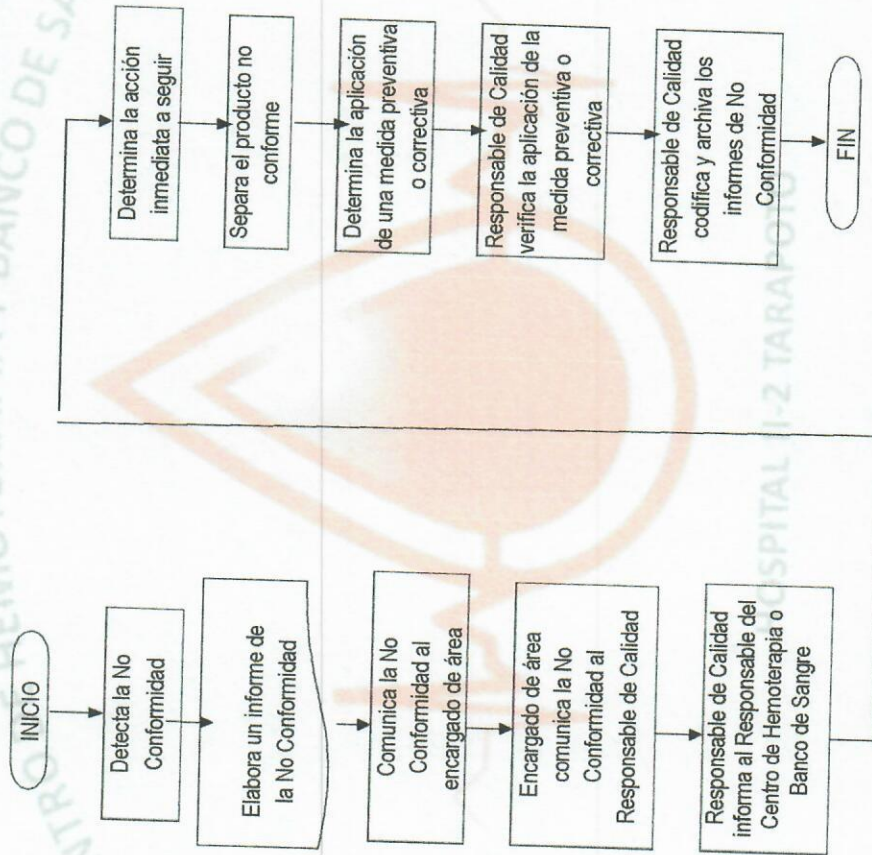
CÓDIGO:
GU - SGC - 001

VERSIÓN: 02

GUÍA DE PROCESOS

DIAGRAMA DE FLUJO

EG07 - PC01: CONTROL DE PRODUCTOS Y SERVICIOS NO CONFORMES





HOSPITAL TARAPOTO

CENTRO DE HEMOTERAPIA Y BANCO DE SANGRE TIPO I
HOSPITAL II-2 TARAPOTO

CÓDIGO:
GU – SGC – 001

VERSIÓN: 02

GUÍA DE PROCESOS

DIAGRAMA DETALLADO DE PROCESOS

EG07 – PC02: DETECCIÓN, REPORTE, EVALUACIÓN DE COMPLICACIONES



- O 01:**
- El encargado suspende el Acto de Transfusión.
 - El encargado suspende la transfusión y debe vigilar los primeros 15 minutos de la transfusión y evaluar si se presenta una reacción transfusional.
 - El encargado comunica al médico tratante o al médico de turno, y al médico del Centro de Hemoterapia y Banco de Sangre, que una probable reacción adversa a la transfusión se ha producido.
 - El médico que evalúa al paciente valora y determina las medidas a seguir.
- RRHH:**
- Médico tratante.
 - Enfermera.
- PASO 02:**
- El médico registra en la Historia Clínica del receptor que una reacción adversa ha ocurrido.
 - El médico llena el Formato de Reporte de Reacciones Adversas Transfusionales y la envía al Centro de Hemoterapia y Banco de Sangre.
 - El médico del Centro de Hemoterapia y Banco de Sangre y/o tecnólogo médico de turno registra la ocurrencia de la reacción adversa.
- RRHH:**
- Responsable del Centro de Hemoterapia y Banco de Sangre tipo I del Hospital II Tarapoto.
 - Tecnólogo médico
 - Médico tratante.
- PASO 03:**
- El médico del Centro de Hemoterapia y Banco de Sangre acude al servicio donde ocurrió la reacción y evalúa el caso desde el punto de vista clínico y de laboratorio, y sugiere la terapia y medidas necesarias a tomar.
 - El médico tratante registra el resultado de la evaluación en la Historia Clínica y en el Formato de Reporte de Reacciones Adversas Transfusionales.
 - El personal responsable de la transfusión debe verificar la identidad del paciente, que correlacione con la hoja de conducción y los datos de los hemocomponentes que se transfunde y verificar el código de la unidad que se transfunde.
- RRHH:**
- Responsable del Centro de Hemoterapia y Banco de Sangre tipo I del Hospital II Tarapoto.
 - Tecnólogo médico
 - Médico tratante.
 - Enfermera
- PASO 04:**
- El médico del Centro de Hemoterapia y Banco de Sangre acude al servicio donde ocurrió la reacción y evalúa el caso desde el punto de vista clínico y de laboratorio, y sugiere la terapia y medidas necesarias a tomar.
 - El médico tratante registra el resultado de la evaluación en la Historia Clínica y en el Formato de Reporte de Reacciones Adversas Transfusionales.
 - El personal responsable de la transfusión debe verificar la identidad del paciente, que correlacione con la hoja de conducción y los datos de los hemocomponentes que se transfunde y verificar el código de la unidad que se transfunde.
- RRHH:**
- Responsable del Centro de Hemoterapia y Banco de Sangre tipo I del Hospital II Tarapoto.
 - Tecnólogo médico
 - Médico tratante.
 - Enfermera
- PASO 05:**
- El área usuaria debe remitir al Centro de Hemoterapia todos los remanentes del o los hemocomponentes transfundidos y los formatos de la transfusión.
 - El personal del Centro de Hemoterapia toma muestra de sangre inmediatamente después del evento: 7 a 10 ml de sangre coagulada y 3 a 5 ml de sangre con EDTA y de ser posible una muestra de orina.
 - Se debe mantener en custodia por 72 horas todas las muestras para realizar los estudios correspondientes.
- RRHH:**
- Registrar los resultados del estudio.
 - Responsable del Centro de Hemoterapia y Banco de Sangre tipo I del Hospital II Tarapoto.
 - Médico tratante.
 - Tecnólogo médico
 - Técnico de laboratorio



**CENTRO DE HEMOTERAPIA Y BANCO DE SANGRE TIPO I
HOSPITAL II-2 TARAPOTO**

**CÓDIGO:
GU - SGC - 001**

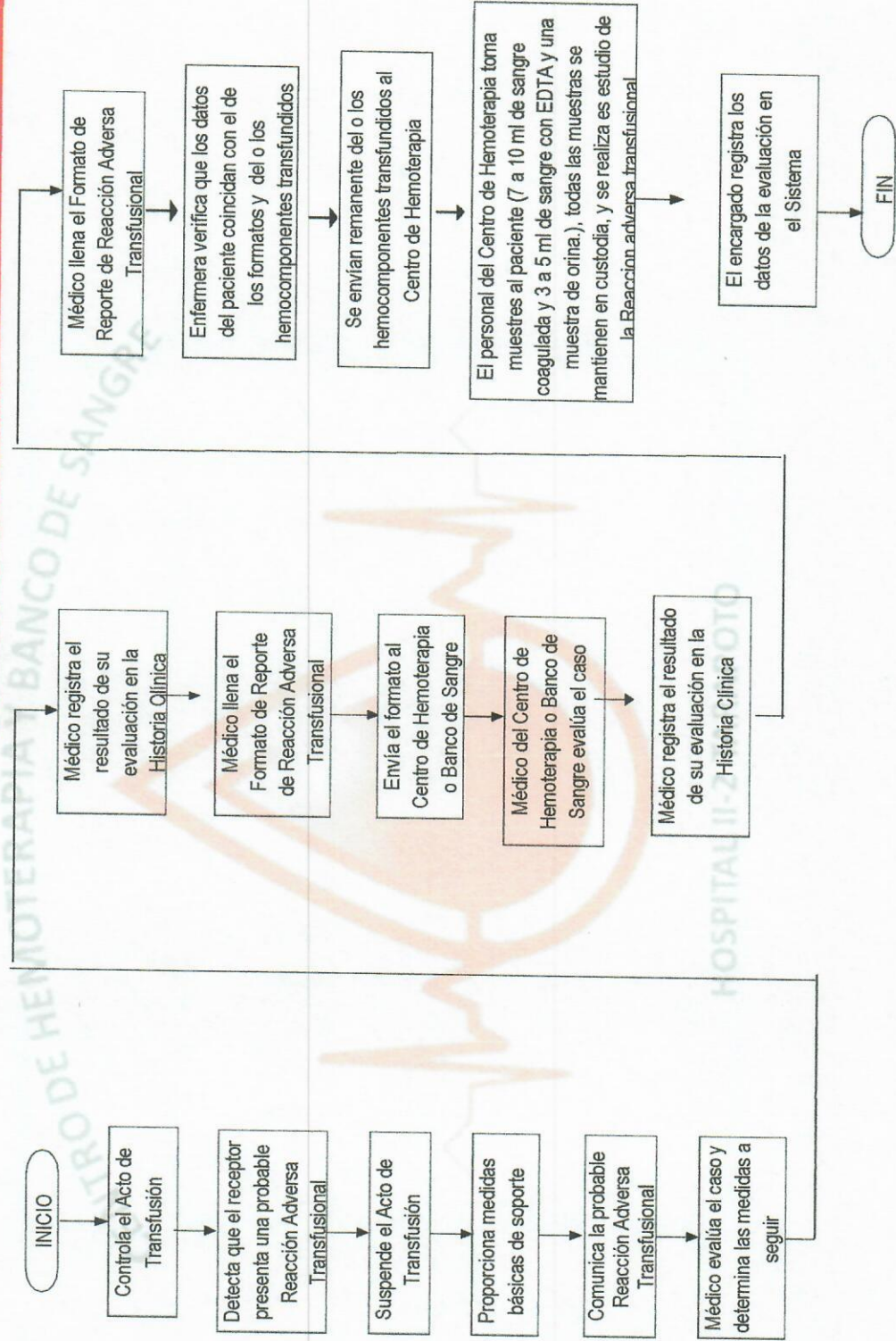
GUÍA DE PROCESOS

VERSIÓN: 02

DIAGRAMA DE FLUJO



EG07 - PC02: DETECCIÓN, REPORTE, EVALUACIÓN DE COMPLICACIONES




 <p>HOSPITAL TARAPOTO</p>	<p>CENTRO DE HEMOTERAPIA Y BANCO DE SANGRE TIPO I HOSPITAL II-2 TARAPOTO</p>	<p>CÓDIGO: GU – SGC – 001</p>
<p>GUÍA DE PROCESOS</p>		<p>VERSIÓN: 02</p>

DIAGRAMA DETALLADO DE PROCESOS

EG08– PC01: EVALUACION INTERNA



PASO 01:

- El Responsable del Centro de Hemoterapia y Banco de Sangre estructura un Plan Anual de Evaluaciones Internas, definiendo fechas, objetivos y alcance.
- El Plan es enviado a los responsables de cada área.
- El Responsable del Centro de Hemoterapia y Banco de Sangre selecciona al equipo evaluador.
- El Responsable del Centro de Hemoterapia o Banco de Sangre comunica mediante documento escrito al encargado de área que será evaluado.

RRHH:

- Responsable del Centro de Hemoterapia y Banco de Sangre tipo I del Hospital II Tarapoto.
- Equipo Evaluador

PASO 02:

- Los evaluadores inician formalmente la evaluación.
- Los evaluadores observan las actividades verificando la implementación eficaz de los Criterios de Calidad establecidos, utilizando la Guía de Evaluación.
- Los hallazgos son sustentados con evidencia, comunicados oportunamente a los evaluados y registrados en la Guía de Evaluación.
- El encargado del área evaluada emite las aclaraciones en relación a los hallazgos detectados.

RRHH:

- Equipo Evaluador

PASO 03:

- Los evaluadores elaboran el Informe de la Evaluación Interna, con las observaciones definidas.
- El Informe de Evaluación Interna es entregado al Responsable del Centro de Hemoterapia o Banco de Sangre.
- El Responsable del Centro de Hemoterapia o Banco de Sangre evalúa el Informe y entrega al encargado del área evaluada una copia de los aspectos que le conciernen exclusivamente a su actividad.
- El Responsable del Centro de Hemoterapia o Banco de Sangre dispone la aplicación de Medidas Preventivas o Correctivas según sea el caso.

RRHH:

- Responsable del Centro de Hemoterapia y Banco de Sangre tipo I del Hospital II Tarapoto.
- Médico asistente.
- Tecnólogo Médico.



**CENTRO DE HEMOTERAPIA Y BANCO DE SANGRE TIPO I
HOSPITAL II-2 TARAPOTO**

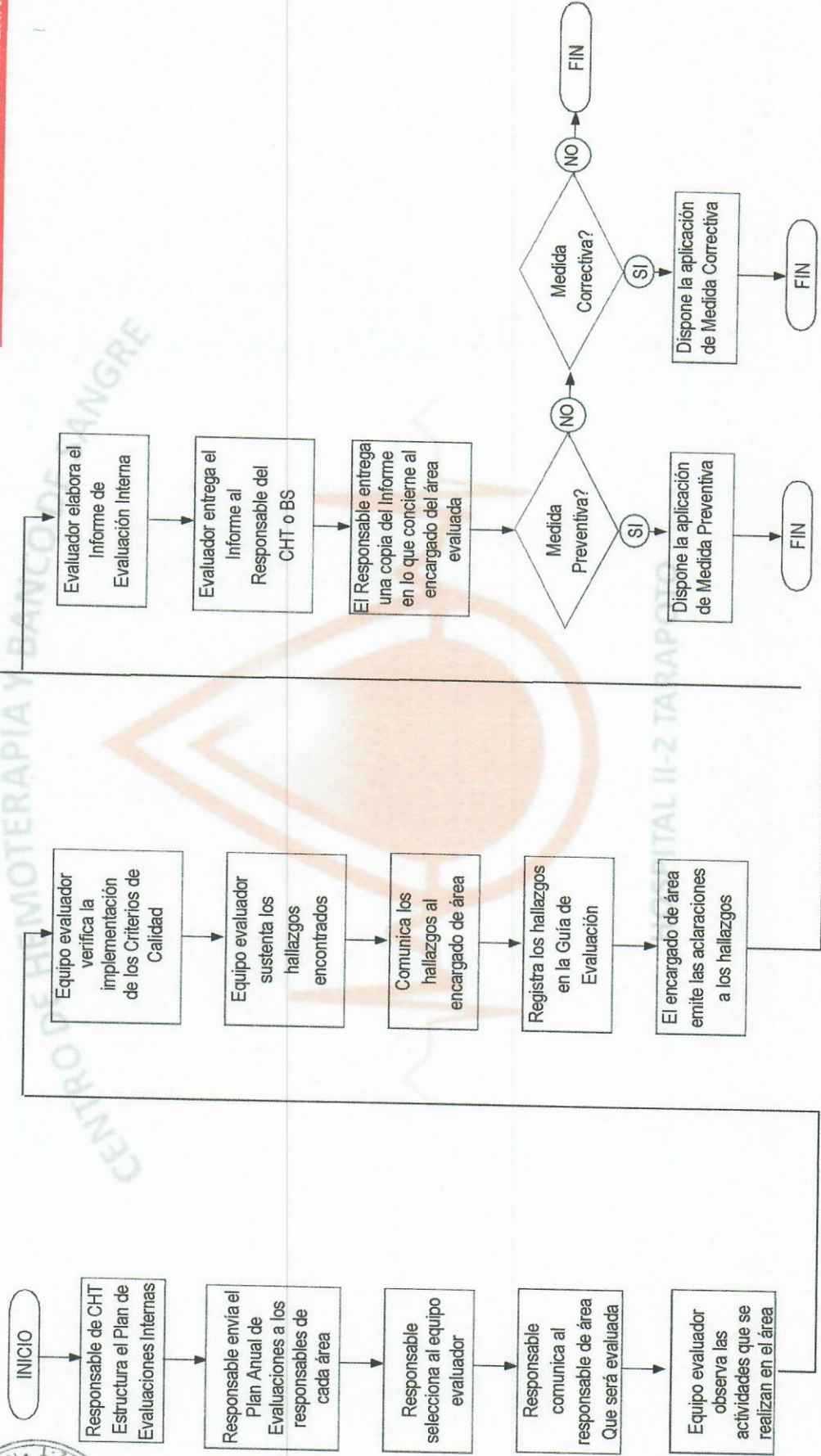
**CÓDIGO:
GU – SGC – 001**

GUÍA DE PROCESOS

VERSIÓN: 02

DIAGRAMA DE FLUJO

EG08 – PC01: EVALUACIÓN INTERNA




 <p>HOSPITAL TARAPOTO</p>	<p>CENTRO DE HEMOTERAPIA Y BANCO DE SANGRE TIPO I HOSPITAL II-2 TARAPOTO</p>	<p>CÓDIGO: GU – SGC – 001</p>
<p>GUÍA DE PROCESOS</p>		<p>VERSIÓN: 02</p>

DIAGRAMA DETALLADO DE PROCESOS

EG08– PC02: EVALUACION EXTERNA



PASO 01:

- El Coordinador Regional del PRONAHEBAS estructura un Plan Anual de Evaluaciones Externas para las evaluaciones programadas, definiendo fechas, objetivos y alcance.
- Se comunica al Director del Establecimiento las fechas en que será evaluado.
- El Coordinador Regional conforma los equipos supervisores para las fechas programadas.
- El Director del Establecimiento comunica al Responsable del Centro de Hemoterapia o Banco de Sangre mediante documento escrito, que será evaluado.

RRHH:

- Coordinador Regional del PRONAHEBAS.
- Equipo Evaluador de la DISA.
- Responsable del Centro de Hemoterapia y Banco de Sangre tipo I del Hospital II Tarapoto.

PASO 02:

- Los Equipo Evaluador de la DISA inicia formalmente la evaluación.
- Los evaluadores observan las actividades verificando la implementación eficaz de los Criterios de Calidad establecidos, utilizando la Guía de Evaluación.
- Los hallazgos son sustentados con evidencia, y registrados en la Guía de Evaluación.
- El Responsable del Centro de Hemoterapia Y Banco de Sangre emite las aclaraciones en relación a los hallazgos detectados.

RRHH:

- Coordinador Regional del PRONAHEBAS.
- Equipo Evaluador de la DISA.


PASO 03:

- El Equipo Evaluador de la DISA elabora el Informe de la Evaluación Externa, con las observaciones definidas.
- El Informe de Evaluación Externa es remitido al Director del Establecimiento con atención al Responsable del Centro de Hemoterapia o Banco de Sangre.
- El Responsable del Centro de Hemoterapia o Banco de Sangre evalúa el Informe y entrega a los encargados de cada área una copia de los aspectos que le conciernen exclusivamente a su actividad.

- El Responsable del Centro de Hemoterapia o Banco de Sangre dispone la aplicación de Medidas Preventivas o Correctivas según sea el caso.

RRHH:

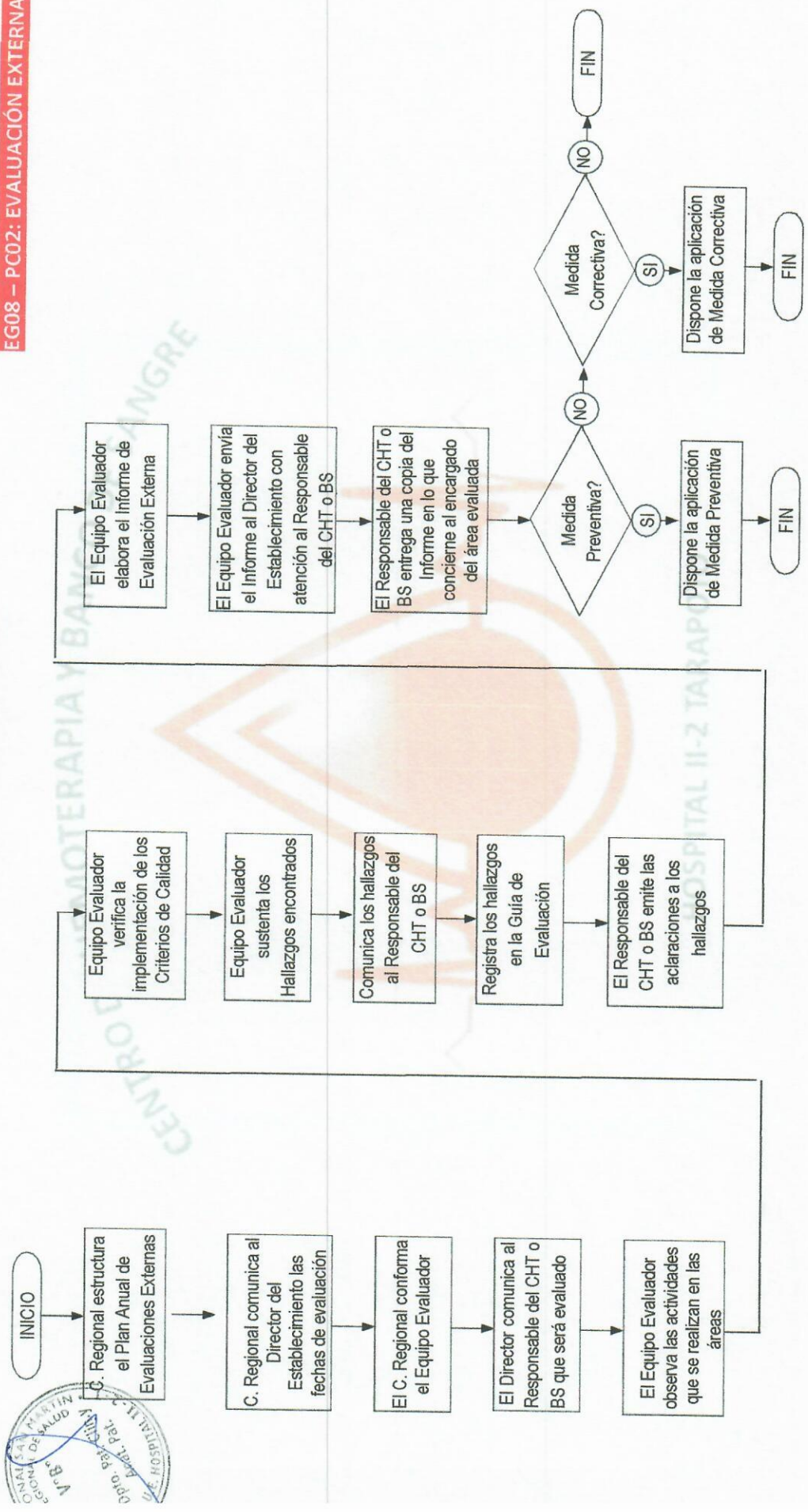
- Coordinador Regional del PRONAHEBAS.
- Equipo Evaluador de la DISA
- Responsable del Centro de Hemoterapia y Banco de Sangre tipo I del Hospital II Tarapoto.

 <p>HOSPITAL TARAPOTO</p>	<p align="center">CENTRO DE HEMOTERAPIA Y BANCO DE SANGRE TIPO I HOSPITAL II-2 TARAPOTO</p>	<p align="center">CÓDIGO: GU – SGC – 001</p> <p align="center">VERSIÓN: 02</p>
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------

GUÍA DE PROCESOS

DIAGRAMA DE FLUJO

EG08 – PC02: EVALUACIÓN EXTERNA




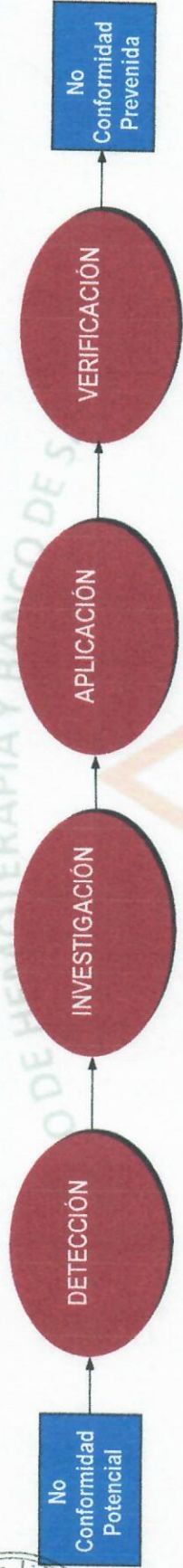
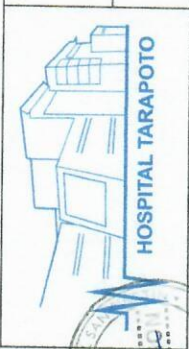
 <p>HOSPITAL TARAPOTO</p>	<p style="text-align: center;">CENTRO DE HEMOTERAPIA Y BANCO DE SANGRE TIPO I HOSPITAL II-2 TARAPOTO</p>	<p>CÓDIGO: GU – SGC – 001</p>
<p style="text-align: center;">GUÍA DE PROCESOS</p>		<p>VERSIÓN: 02</p>

DIAGRAMA DETALLADO DE PROCESOS

EG09– PC01: APLICACIÓN DE MEDIDAS PREVENTIVAS



- PASO 01:**
Las No Conformidades Potenciales pueden detectarse por la revisión de:
- *Monitoreos y tendencias.*
 - *Análisis de Datos.*
 - *Registros del Sistema de Gestión de la Calidad.*
 - *Medición de la satisfacción del usuario.*
 - *Análisis de expectativas y necesidades del usuario.*
 - *Aproximación a condiciones de operación fuera de control.*
 - *Oportunidades de mejora.*
- La No Conformidad Potencial detectada se comunica al encargado del área.
El encargado del área entrega un informe al Responsable de Calidad.
El responsable de Calidad entrega el informe al Responsable del Centro de Hemoterapia o Banco de Sangre.
RHH:
Personal que labora Centro de Hemoterapia y Banco de Sangre tipo I del Hospital II Tarapoto.
- PASO 02:**
- El Responsable del Centro de Hemoterapia y Banco de Sangre indica al Responsable de Calidad que investigue la No Conformidad Potencial.
 - El Responsable de Calidad investiga la No Conformidad y analiza las causas que la originaron.
 - El Responsable de Calidad propone la Medida Preventiva a tomarse si el caso amerita.
 - El Responsable del Centro de Hemoterapia o Banco de Sangre aprueba la aplicación de la Medida Preventiva propuesta por el Responsable de Calidad.
- RRHH:**
- Responsable del Centro de Hemoterapia y Banco de Sangre tipo I del Hospital II Tarapoto.
 - Responsable de Calidad.
- PASO 03:**
- El Responsable del Centro de Hemoterapia o Banco de Sangre coordina con las instancias correspondientes la provisión de los recursos necesarios para implementar la Medida Preventiva.
 - El Responsable determina los plazos y los responsables de ejecutar la Medida Preventiva.
- RRHH:**
- Responsable del Centro de Hemoterapia y Banco de Sangre tipo I del Hospital II Tarapoto.
- PASO 04:**
- El Responsable de Calidad verifica la adecuada aplicación de la Medida Preventiva sobre la No Conformidad Potencial.
 - El Responsable de Calidad elabora un informe de la aplicación de la Medida Preventiva y lo presenta al Responsable del Centro de Hemoterapia o Banco de Sangre.
 - Si el resultado de la verificación no es conforme se repite el proceso hasta que se haya prevenido adecuadamente la No Conformidad Potencial.
- RRHH:**
- Responsable del Centro de Hemoterapia y Banco de Sangre tipo I del Hospital II Tarapoto.
 - Responsable de Calidad.



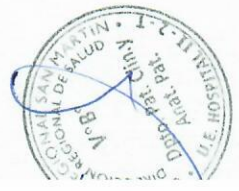
CENTRO DE HEMOTERAPIA Y BANCO DE SANGRE TIPO I
HOSPITAL II-2 TARAPOTO

CÓDIGO:
GU – SGC – 001

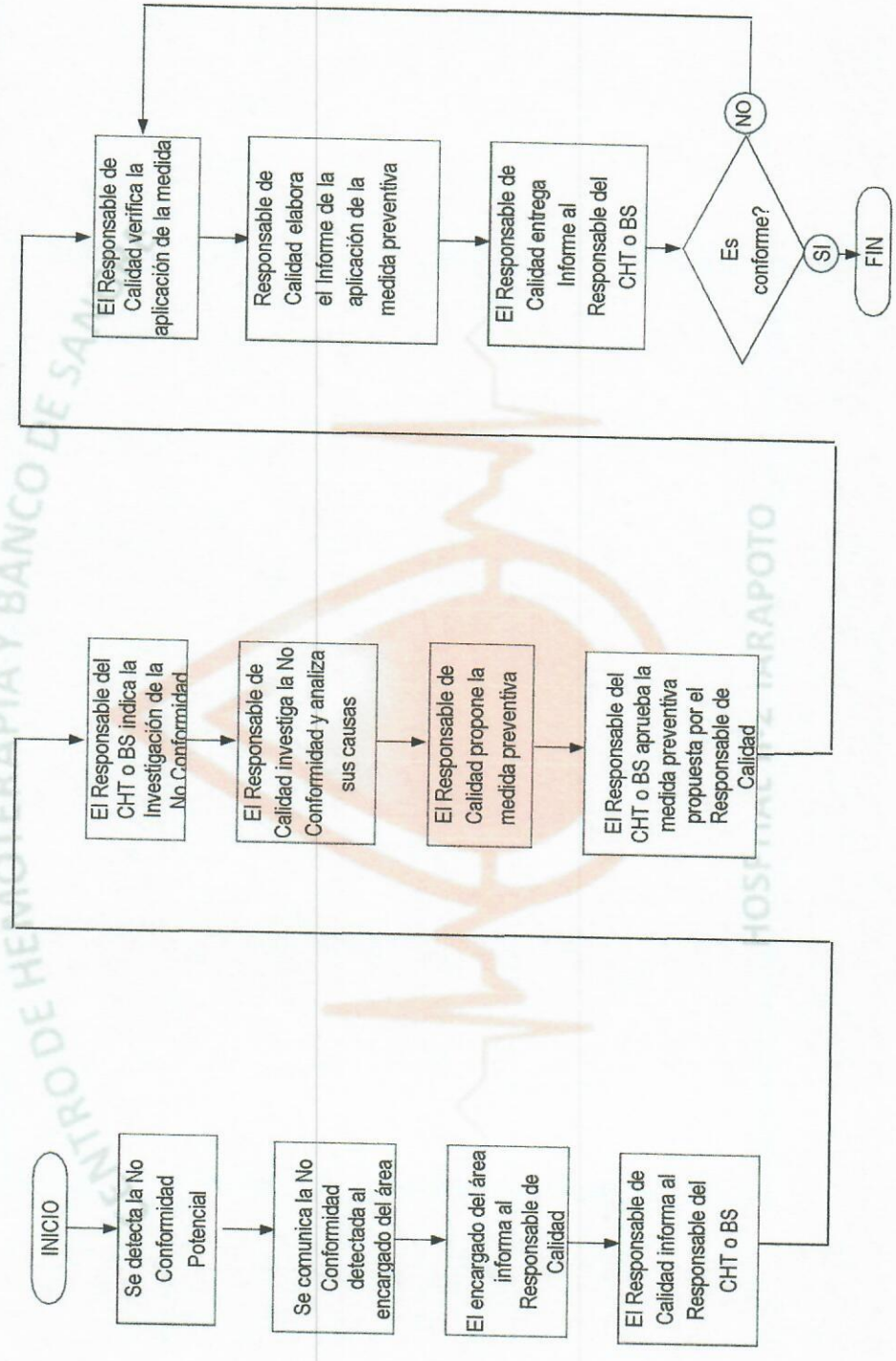
GUÍA DE PROCESOS

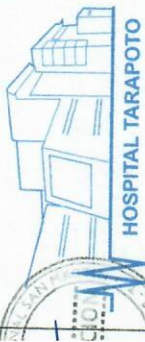
VERSIÓN: 02

DIAGRAMA DE FLUJO



EG09 – PC01: APLICACIÓN DE MEDIDAS PREVENTIVAS





**CENTRO DE HEMOTERAPIA Y BANCO DE SANGRE TIPO I
HOSPITAL II-2 TARAPOTO**

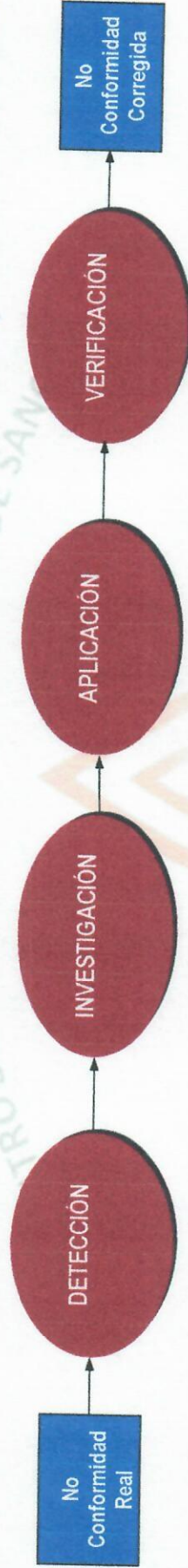
CÓDIGO:
GU – SGC – 001

GUÍA DE PROCESOS

VERSIÓN: 02

DIAGRAMA DETALLADO DE PROCESOS

EG09– PC02: APLICACIÓN DE MEDIDAS CORRECTIVAS



ISO 01:

La No Conformidad Real es detectada por el personal.
 La No Conformidad Real es informada al Responsable de Calidad y al Responsable del Centro de Hemoterapia Y Banco de Sangre.
 El Responsable decide el inicio de una investigación para determinar si el caso amerita una Medida Correctiva.
 En causas de inicio de una Medida Correctiva:

- *Reclamos de Clientes.*
- *Resultados de Supervisiones, Monitoreos y/o Evaluaciones.*
- *Resultados de Análisis de Datos.*
- *Registros del Sistema de Gestión de la Calidad.*
- *Insatisfacción del usuario.*
- *Análisis de expectativas y necesidades del usuario interno y externo.*

RRHH:

El personal que labora en el Centro de Hemoterapia y Banco de Sangre tipo I del Hospital II Tarapoto.

PASO 02:

- El Responsable del Centro de Hemoterapia y Banco de Sangre indica al Responsable de Calidad que determine y analice las causas de la No Conformidad en coordinación con el encargado del área responsable.
- El Responsable de Calidad propone la Medida Correctiva a tomarse.
- El Responsable del Centro de Hemoterapia y Banco de Sangre aprueba la aplicación de la Medida Correctiva propuesta por el Responsable de Calidad.

RRHH:

El Responsable del Centro de Hemoterapia y Banco de Sangre tipo I del Hospital II Tarapoto.
 El Responsable de Calidad.

PASO 03:

- El Responsable del Centro de Hemoterapia y Banco de Sangre coordina con las instancias correspondientes la provisión de los recursos necesarios para implementar la Medida Correctiva.
- El Responsable del Centro de Hemoterapia y Banco de Sangre determina los plazos y los responsables de ejecutar la Medida Correctiva.
- El Responsable de Calidad coordina con el encargado del área responsable, el inicio de la Medida Correctiva.

RRHH:

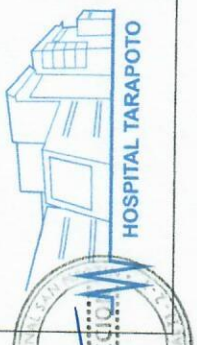
El Responsable del Centro de Hemoterapia y Banco de Sangre tipo I del Hospital II Tarapoto.
 El Responsable de Calidad.

PASO 04:

- El Responsable del Centro de Hemoterapia y Banco de Sangre programa una verificación para evaluar la eficacia de la aplicación de la Medida Correctiva.
- El Responsable de Calidad elabora un informe donde determina la eficacia de la Medida Correctiva.
- Si el resultado de la verificación no es conforme se repite el proceso hasta que la No Conformidad se corrija.

RRHH:

El Responsable del Centro de Hemoterapia y Banco de Sangre tipo I del Hospital II Tarapoto.
 El Responsable de Calidad.



CENTRO DE HEMOTERAPIA Y BANCO DE SANGRE TIPO I
HOSPITAL II-2 TARAPOTO

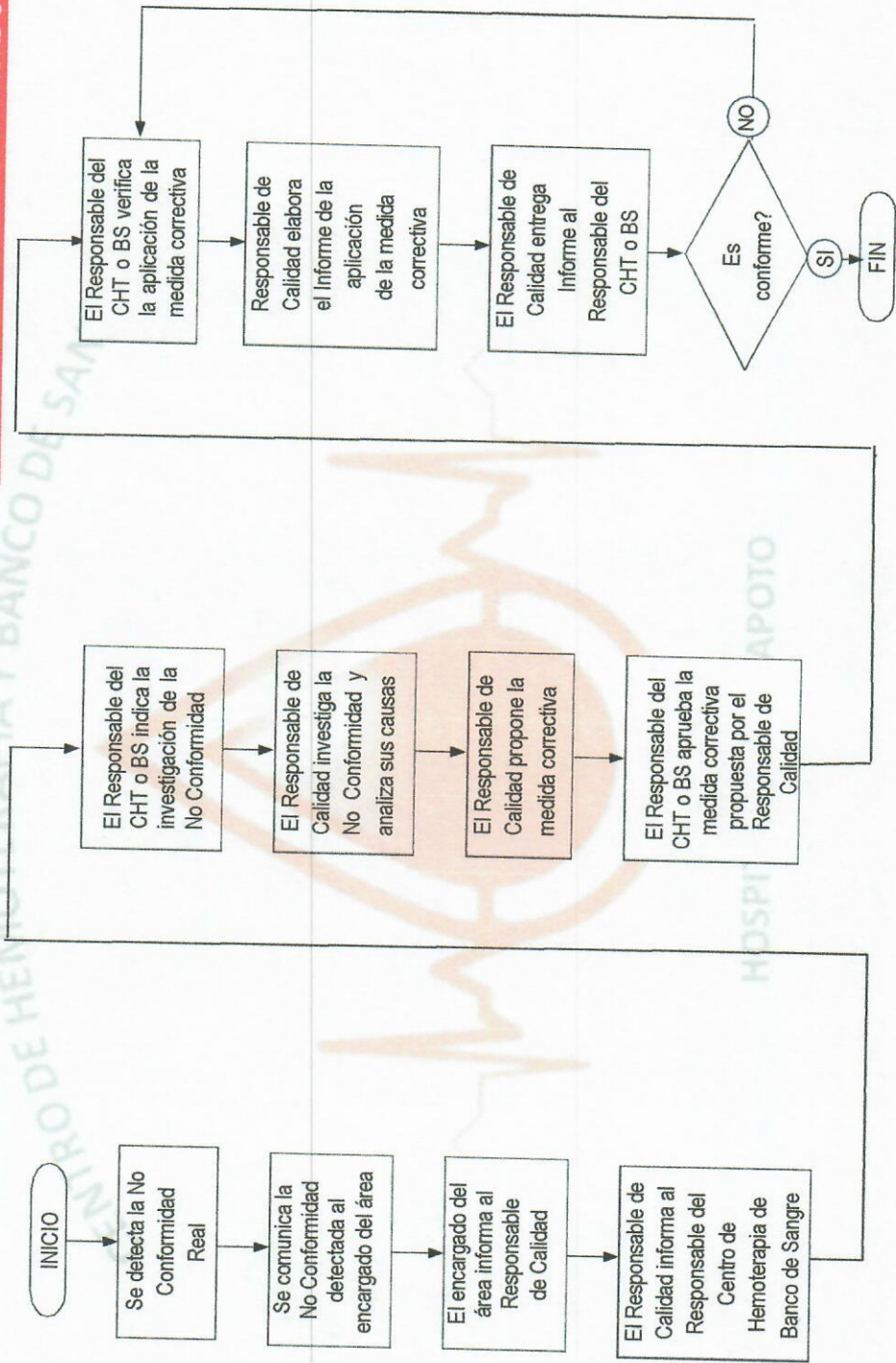
CÓDIGO:
GU - SGC - 001

GUÍA DE PROCESOS

VERSIÓN: 02

DIAGRAMA DE FLUJO

EG09 - PC02: APLICACIÓN DE MEDIDAS CORRECTIVAS




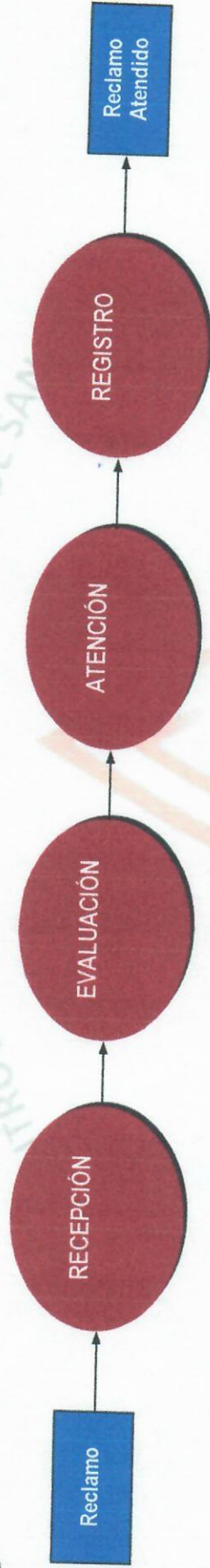
 <p>HOSPITAL TARAPOTO</p>	<p>CENTRO DE HEMOTERAPIA Y BANCO DE SANGRE TIPO I HOSPITAL II-2 TARAPOTO</p>	<p>CÓDIGO: GU – SGC – 001</p>
<p>GUÍA DE PROCESOS</p>		<p>VERSIÓN: 02</p>

DIAGRAMA DETALLADO DE PROCESOS

EG09– PC03: ATENCIÓN DE RECLAMOS



PAO 01:

El usuario (paciente, donante y/o médico tratante) presenta su reclamo formal ante LA PLATAFORMA DE ATENCIÓN AL USUARIO (PAUS) siguiendo el Formato de Reclamos de Usuarios.

El Director del establecimiento recibe el reclamo y solicita un informe del responsable del Centro de Hemoterapia y Banco de Sangre y a las dependencias que considere correspondientes.

H:

Responsable del Centro de Hemoterapia y Banco de Sangre tipo I

PAO 02:

El Director del Establecimiento utiliza los informes presentados por el Responsable del Centro de Hemoterapia y Banco de Sangre y las otras instancias para evaluar el caso.

El Director del Establecimiento plantea alternativas de solución al reclamo de acuerdo a sus funciones y responsabilidades.

RRHH:

- Director del Establecimiento.
- Responsable del Centro de Hemoterapia y Banco de Sangre tipo I del Hospital II Tarapoto.
- Otras instancias.

PAO 03:

El Director del Establecimiento informa al usuario sobre las alternativas de solución al reclamo.

Si está dentro de sus funciones y posibilidades el Responsable del Centro de Hemoterapia y Banco de Sangre dará solución al reclamo, de acuerdo a las disposiciones acordadas con el Director del Establecimiento.

RRHH:

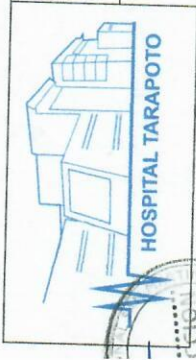
- Director del Establecimiento.
- Responsable del Centro de Hemoterapia y Banco de Sangre tipo I del Hospital II Tarapoto.

PAO 04:

El Responsable del Centro de Hemoterapia y Banco de Sangre registra y archiva los reclamos del usuario y las soluciones respectivas.

RRHH:

- Responsable del Centro de Hemoterapia y Banco de Sangre tipo I del Hospital II Tarapoto.



CENTRO DE HEMOTERAPIA Y BANCO DE SANGRE TIPO I
HOSPITAL II-2 TARAPOTO

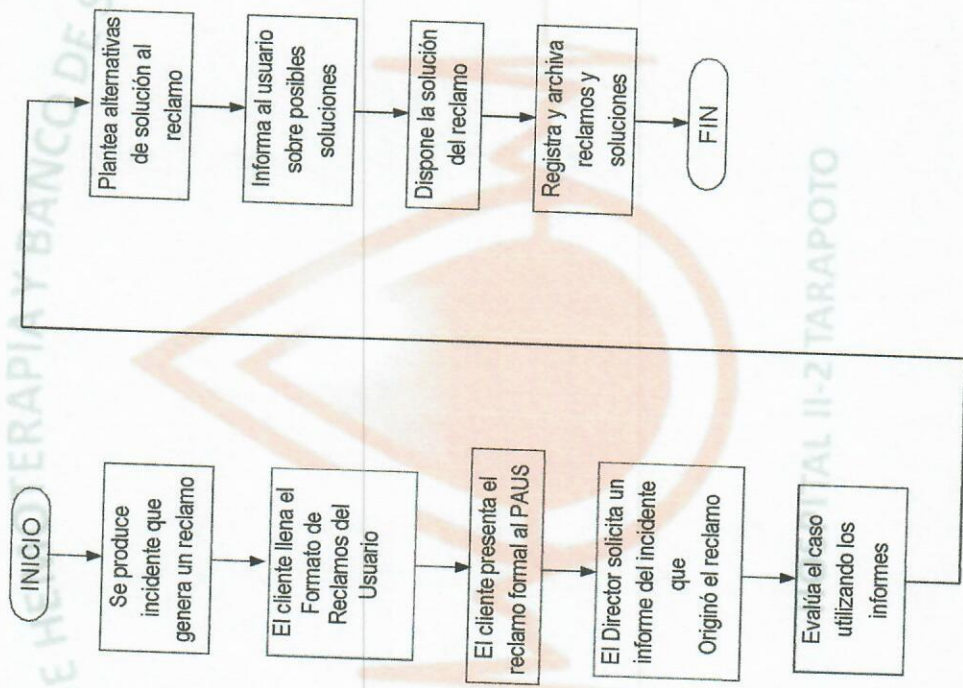
CÓDIGO:
GU - SGC - 001

GUÍA DE PROCESOS

VERSIÓN: 02

DIAGRAMA DE FLUJO

EG09 - PC03: ATENCIÓN DE RECLAMOS




 <p>HOSPITAL TARAPOTO</p>	<p>CENTRO DE HEMOTERAPIA Y BANCO DE SANGRE TIPO I HOSPITAL II-2 TARAPOTO</p>	<p>CÓDIGO: GU - SGC - 001</p>
<p>GUÍA DE PROCESOS</p>		<p>VERSIÓN: 02</p>

DIAGRAMA DETALLADO DE PROCESOS DIAGRAMA DETALLADO DE PROCESOS

EG10- PC01: ELIMINACIÓN DE UNIDADES



PASO 01:

- El encargado elabora una relación de las unidades a eliminar indicando la causa de eliminación.
- El encargado verifica la exactitud de los datos de la relación con los datos de los registros.
- El encargado llena el Acta de Eliminación de Unidades.

RRHH:

- Responsable del Centro de Hemoterapia y Banco de Sangre tipo I del Hospital II Tarapoto.
- Tecnólogo médico.
- Técnico Especializado.

PASO 02:

- El encargado ubica todas las unidades contenidas en la relación.
- El encargado coloca las unidades identificadas en un recipiente cerrado y rotulado siguiendo las normas de bioseguridad.
- El personal encargado verifica que se hayan colocado en los recipientes todas las unidades consignadas en la relación de eliminación.

RRHH:

- Responsable del Centro de Hemoterapia y Banco de Sangre tipo I del Hospital II Tarapoto.
- Tecnólogo médico.
- Técnico Especializado.

PASO 03:

- El encargado coloca las unidades en el área de eliminación de residuos del servicio, para luego ser eliminadas siguiendo las disposiciones de cada establecimiento de acuerdo a la Ley y Reglamento de Eliminación de Residuos Sólidos y Normas de Bioseguridad.

● Se firma el Acta de Eliminación.

- Se registran los datos en el sistema.

RRHH:

- Responsable del Centro de Hemoterapia y Banco de Sangre tipo I del Hospital II Tarapoto.
- Responsable de Eliminación de Residuos de la institución.
- Encargado de Epidemiología
- Tecnólogo médico
- Técnico Especializado.



HOSPITAL TARAPOTO

CENTRO DE HEMOTERAPIA Y BANCO DE SANGRE TIPO I HOSPITAL II-2 TARAPOTO

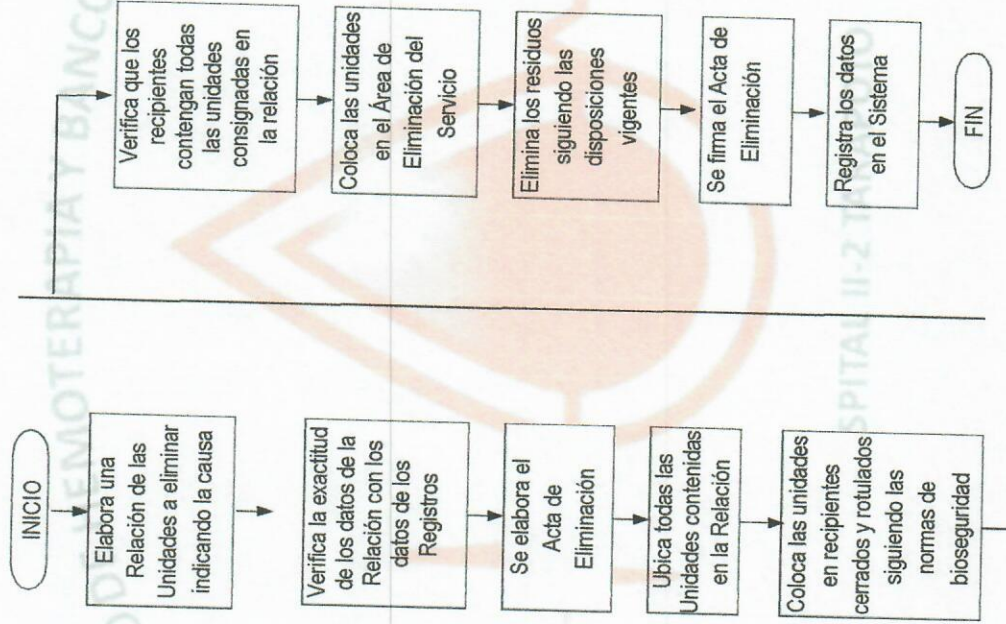
CÓDIGO:
GU – SGC – 001

VERSIÓN: 02

GUÍA DE PROCESOS

DIAGRAMA DE FLUJO


EG10 – PC01: ELIMINACIÓN DE UNIDADES





GLOSARIO DE TERMINOS

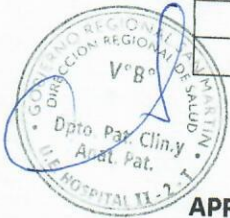
- **PROCESO:** Cualquier actividad o grupo de actividades que emplea un insumo agregándole valor, para suministrar un producto útil para el cliente interno o externo
- **EVALUACIÓN DEL PROCESO:** Implica la determinación de los requerimientos del cliente, el mapeo de los procesos, la recolección de la información, de la eficiencia del proceso y el ratio o calificación de los procesos sobre la base de esta información.
- **MEJORAMIENTO CONTINUO DE LOS PROCESOS:** Es una metodología dinámica, destinada a evaluar, analizar y mejorar la eficiencia de los procesos claves de las empresas, sobre las bases de las necesidades y deseos del cliente.
- **MEDICIÓN DEL PROCESO:** Consiste en cuantificar los niveles de efectividad, eficiencia y adaptabilidad del proceso en estudio.
- **CLIENTE (USUARIO):** Es una persona o entidad que recibe un producto del proceso directa o indirectamente.
- **CLIENTE INTERNO (USUARIO INTERNO):** Es quien recibe un producto y labora en el establecimiento, unidad o servicio.
- **CLIENTE EXTERNO (USUARIO EXTERNO):** Es quien recibe el producto final del proceso.
- **DIAGRAMA DETALLADO DE PROCESOS:** Es un diagrama que identifica una determinada área y analiza todos los procesos que se efectúan en ella.
- **DIAGRAMA DE FLUJO DEL PROCESO:** Es el diagrama que describe las actividades que se realizan en secuencia y los puntos de decisión que ocurren en el mismo utilizando un conjunto estándar de símbolos dentro de un proceso. Los Diagramas de Flujo se centran en la comprensión del flujo secuencial de trabajo dentro de un paso o de varios pasos. Muestra además flujos físicos y de información.

 HOSPITAL TARAPOTO	CENTRO DE HEMOTERAPIA Y BANCO DE SANGRE TIPO I HOSPITAL II-2 TARAPOTO	CÓDIGO: GU - SGC - 001
	GUÍA DE PROCESOS	VERSIÓN: 02



CONTROL DE CAMBIOS

VERSIÓN	FECHA	CAMBIOS REALIZADOS AL DOCUMENTO
01	Setiembre del 2019	Creación del documento
02	Abril del 2022	Actualización del documento



APROBACIÓN

	ACTUALIZADO POR	REVISADO POR	APROBADO POR
NOMBRE	GOBIERNO REGIONAL SAN MARTÍN UNIDAD EJECUTORA HOSPITAL II-2 TARAPOTO  M.C. Diana Santillán Ruiz JEFE DEL DPTO. DE PATOLOGÍA CLÍNICA Y ANATOMÍA PATOLÓGICA	GOBIERNO REGIONAL SAN MARTÍN DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD SAN MARTÍN BANCO DE SANGRE REGIONAL SAN MARTÍN  Dra. Angélica Alicia Ávila Aranda MÉDICO PATÓLOGO CLÍNICO	GOBIERNO REGIONAL DE SAN MARTÍN UNIDAD EJECUTORA HOSPITAL N.º 2 - TARAPOTO  M.C. Jacqueline L. Castañeda Cárdenas M.C. JACQUELINE L. CASTAÑEDA Cárdenas DIRECTORA MÉDICO AUDITOR
CARGO	JEFE DEL DEPARTAMENTO DE PATOLOGÍA CLÍNICA Y ANATOMÍA PATOLÓGICA	DIRECTORA DEL BANCO DE SANGRE REGIONAL SAN MARTÍN	DIRECTORA DEL HOSPITAL II-2 TARAPOTO
FECHA	10.04.2022	29.04.2022	

HOSPITAL II-2 TARAPOTO