



Centro Estatal de Trasplantes de San Luis Potosí

REUNIÓN DE TRABAJO ENTRE PERSONAL DEL CENTRO ESTATAL DE TRASPLANTES DE SAN LUIS POTOSÍ Y EL COMITÉ _____ DEL ESTABLECIMIENTO AUTORIZADO

En la ciudad de San Luis Potosí, siendo las _ horas del día _ del mes de _ del año _, se inicia la supervisión y asesoría al Comité _ del establecimiento _.

Acta:

-

OBJETIVO DE LA REUNIÓN:

Revisión y supervisión de los procesos de donación y trasplantes y los registros documentales de las actividades del Comité Interno de Coordinación para la Donación o de Trasplantes.

FUNDAMENTO JURÍDICO

Artículos 314 Bis y 314 Bis 1 de la Ley General de Salud

LICENCIA DEL ESTABLECIMIENTO

Numero de Licencia	Fecha de Expedición	Expedida por
Modalidad		Vigencia

Observaciones

RESPONSABLE DE LAS CLAVES DEL SIRNT

No.	Programas activos	Responsable	Resumen de actividad (Validación)
1	Procuración		
2	Trasplante renal		
3	Trasplante hepático		

Observaciones

--

PROFESIONALES DE LA SALUD

Profesionales de la salud	SIRNT	Acta de Integración del Comité Interno	Nombramientos
a) Cirujanos del programa de trasplantes			
b) Coordinador de Donación			
c) Responsable del traslado de tejidos			

Observaciones

--

COMITÉ INTERNO

CARGO	Actualizado en SIRNT	Actualizado en ACTA
a. Datos Generales		
b. Responsable Sanitario		
c. Director General		
d. Responsable de Coordinación de Donación		
e. Acta de integración del Comité Interno		
1. Frecuencia de Reuniones		
2. Participantes del comité interno		

Observaciones

--

PACIENTES EN ESPERA DE TRASPLANTE

	ACTA DE COMITÉ INTERNO	VERIFICACIÓN ANUAL	TOTAL DE REGISTROS
a. Rechazo de pacientes			

b. Pacientes aceptados			
c. Baja de pacientes			

Casos Específicos

No	ID Paciente	Nombre	Fecha de Registro	Órgano y/o Tejido
1				
2				
3				

Observaciones

--

DONACIÓN

ACTIVIDAD	SIRNT	ACTA
Número de donaciones CONCRETADAS por muerte encefálica		
Número de donaciones NO CONCRETADAS por muerte encefálica		
Número de donaciones CONCRETADAS por paro cardiaco irreversible		
Número de donaciones NO CONCRETADAS por paro cardiaco irreversible		

Casos específicos (Distribución)

No.	ID Donador	Nombre	Órganos y/o Tejidos Procurados	Acta de Distribución

1				
2				
3				

Observaciones

--

TRASPLANTES

ÓRGANO O TEJIDO	Reporte en SIRNT	ACTAS
1. Riñón		
2. Córnea		
3. Hígado		
4. Corazón		

Casos específicos (Asignación)

No	ID Receptor	Nombre	RNT Origen	Fecha Trasplante	Fecha de Registro en Lista de Espera	Órgano o Tejido
1						
2						
3						

Observaciones

--

RESULTADO DE LA REVISIÓN Y SUPERVISIÓN DEL ESTABLECIMIENTO AUTORIZADO PARA LA ACTIVIDAD DE DONACIÓN Y TRASPLANTES

Instrucciones:

Se deberán anotar los valores dentro del cuadro en blanco que conforman la columna

denominada "Valor", de acuerdo con la calificación que amerite cada inciso según corresponda.

CALIFICACIÓN:	(2) Cumple Totalmente	(1) Cumple Parcialmente	(0) No cumple	(---) No aplica
----------------------	-----------------------	-------------------------	---------------	-----------------

Punto a verificar	Valor
I. Datos generales del establecimiento 1.1 Nombre 1.2 Nivel de atención en salud 1.3 Responsable sanitario 1.4 Directorio de Autoridades y Comité Interno 1.5 Actividades de Donación y/o Trasplante que desarrolla.	
II. Licencia Sanitaria vigente expedida por la Comisión Federal Contra Riesgos Sanitarios (COFEPRIS), para desarrollar actividades de donación y/o trasplante de órganos y/o tejidos.	
III. Acta de comité interno de Coordinación para la Donación y/o Comité interno de Trasplantes actualizada y nombramiento de los miembros.	
IV. Actualización en SIRNT del padrón de personal sanitario que desarrolla las actividades de donación y/o trasplante.	
V. Protocolos de donación y trasplante de órganos o tejidos avalados en licencia sanitaria emitida por (COFEPRIS) a su establecimiento	
VI. Informe y validación de la actividad de donación y trasplantes de órganos y tejidos en el SIRNT	
VII. Actas de comité para deliberación de asuntos inherentes de donantes y receptores de trasplante, así como, asignación de órganos cadavéricos y demás competencias a la actividad de donación y/o trasplante de órganos y tejidos: clasificados por mes y año.	
TOTAL	

--

FIRMA DE LOS PARTICIPANTES EN LA REUNIÓN

No	NOMBRE	CARGO	FIRMA

1			
2			