

## I. COMUNIDAD AUTÓNOMA

### 3. OTRAS DISPOSICIONES

Consejería de Sanidad y Política Social

**1388 Orden de 26 de enero de 2015 de la Consejería de Sanidad y Política Social por la que se aprueba el protocolo de acreditación de centros, servicios y establecimientos sanitarios del sector público de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia, de atención al drogodependiente.**

El "Decreto 9/2010, de 12 de febrero, por el que se regula la acreditación de los Centros, Establecimientos y Servicios sanitarios de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia, se crea la Comisión Regional de Acreditación de Centros, Establecimientos y Servicios Sanitarios y se modifica el Decreto 73/2004, de 2 de julio, por el que se regula el procedimiento de autorización sanitaria de los centros, establecimientos y servicios sanitarios y el registro de recursos sanitarios regionales" dispone en su artículo 5.1:

"De conformidad con la habilitación normativa efectuada por la Disposición Final Segunda de la Ley 13/2009, de 23 de diciembre, de medidas en materia de tributos cedidos, tributos propios y medidas administrativas para el año 2010, la Consejería de Sanidad y Consumo, a propuesta de la Comisión Regional de Acreditación de Centros, Establecimientos y Servicios Sanitarios, aprobará y publicará, mediante Orden de su titular, los criterios y estándares del modelo de acreditación, que deberán ser homologables con los establecidos a nivel estatal y europeo".

La Comisión Regional de Acreditación de Centros, Establecimientos y Servicios Sanitarios en su reunión de 15 de octubre de 2014 estudió el protocolo de Acreditación de Centros, Servicios y Establecimientos Sanitarios de Atención al Drogodependiente y aprobó su versión final, tanto para los establecimientos públicos como privados, que es sustancialmente la misma.

A la vista de lo anterior, el Director General de Planificación Sociosanitaria, Farmacia y Atención al Ciudadano ha dictado resolución de fecha 23 de diciembre de 2014, proponiendo que se dicte Orden para la aprobación definitiva por la Excm. Sra. Consejera del protocolo respecto a los establecimientos públicos dependientes de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia, sin perjuicio de la posterior tramitación reglamentaria para la aprobación de una Orden de la Consejera que proceda a la regulación respecto a los establecimientos que no forman parte del sector público de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia.

Vista la propuesta de Orden efectuada por la Dirección General de Planificación Sociosanitaria, Farmacia y Atención Al Ciudadano y de conformidad con el artículo 16 de la ley 7/2004, del Estatuto del Presidente y del Consejo de Gobierno de la Región de Murcia,



**Dispongo:**

**Primero.-** Aprobar el Protocolo de Acreditación de Centros, Servicios y Establecimientos Sanitarios del sector público de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia, de Atención al Drogodependiente, que figura como Anexo a la presente Orden.

**Segundo.-** Publicar en el Boletín Oficial de la Región de Murcia la presente Orden, junto con el Anexo que incluye el Protocolo de Acreditación de Centros, Servicios y Establecimientos Sanitarios del sector público de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia, de Atención al Drogodependiente.

Murcia, 26 de diciembre de 2014.—La Consejera de Sanidad y Política Social,  
Catalina Lorenzo Gabarrón.

**ANEXO**  
**PROTOCOLOS PARA LA ACREDITACIÓN DE CENTROS, SERVICIOS Y ESTABLECIMIENTOS SANITARIOS DEL SECTOR PÚBLICO DE LA COMUNIDAD AUTÓNOMA DE LA REGIÓN DE MURCIA DE ATENCIÓN AL DROGODEPENDIENTE.**  
**( LA OBTENCIÓN DE CADA NIVEL DE ACREDITACIÓN PRESUPONE EL CUMPLIMIENTO DE LOS REQUISITOS DEL NIVEL ANTERIOR.)**

**PROTOCOLO DE ACREDITACIÓN AVANZADA DE CENTROS, SERVICIOS Y ESTABLECIMIENTOS SANITARIOS DEL SECTOR PÚBLICO DE LA C.A.R.M., DE ATENCIÓN AL DROGODEPENDIENTE**

**Sin el cumplimiento de los mismos no se obtiene la acreditación AVANZADA.**

**CENTRO, SERVICIO O ESTABLECIMIENTO SANITARIO:**

**Fecha Autorización Sanitaria:**

**Fecha Renovación:**

**Nº Registro:**

CRITERIOS	SI (puntos)	NO	NA	OBSERVACIONES
<b>A. 1. CARTERA DE SERVICIOS:</b>	<b>ESENCIAL (E)</b>			
1.1. Los Centros dispondrán, al menos de la siguiente Cartera de Servicios:				
1.1.1. Los Centros de Salud Mental/Unidades de Atención al Drogodependiente (CSM/UAD):				
1.1.1.1. Tratamiento integral de las drogodependencias y conductas adictivas.				
1.1.2. Los Centros de Día (C.D):				
1.1.2.1. Programa de terapia psicológica de las adicciones.				
1.1.3. Los Servicios Sanitarios ubicados en Comunidades Terapéuticas (C.T):				
1.1.3.1. Programa de terapia psicológica de las adicciones.				
1.1.4. Los Servicios Sanitarios ubicados en Centros de Acceso Directo (S.S.C.A.D):				
1.1.4.1. Programa de reducción de daños.				
1.1.5. Otros Programas Sanitarios (OPS):				
1.1.5.1. Programa sanitario de intervención en adicciones, que se determinará según las necesidades.				
1.1.6. Los Servicios de Dispensación de Opiáceos (S.D.O f y m):				
1.1.6.1. Programa de dispensación de sustitutivos opiáceos.				
1.1.6.2. Programa de reducción de daños (distribución de jeringuillas,				

preservativos, etc...), entre la población drogodependiente.				
1.1.7. Los Programas Sanitarios realizados en Instituciones Penitenciarias:				
1.1.7.1. Programa de terapia psicológica de las adicciones.				
1.1.8. Las Unidades de Desintoxicación Hospitalaria (UDxH):				
1.1.8.1. Programa de desintoxicación de enfermos drogodependientes.				
1.1.9. Las Unidades de Deshabitación Hospitalarias (UdbH):				
1.1.9.1. Programa de deshabitación de enfermos con patología dual severa.				
1.2. Todos los programas están homologados por el Plan Regional sobre Drogas (PRD).				
<b>A. 2. ESTRUCTURA FÍSICA E INSTALACIONES GENERALES:</b>				
2.1. La estructura e instalaciones propias, y las utilizadas externamente, suministran un espacio adecuado y suficiente para alcanzar las metas del programa y están lo suficientemente diversificadas para permitir el desarrollo continuo y sin interferencias de las actividades del mismo. Para ello:				Las siguientes Áreas pueden ser compartidas, siempre y cuando se garantice la funcionalidad de las mismas: <ul style="list-style-type: none"><li>• Recepción y Sala de espera.</li><li>• Consultas</li></ul>
2.1.1. Los Centros de Salud Mental/Unidades de Atención al Drogodependiente (CSM/UAD) dispondrán, al menos de:	<b>Σ puntos (9/45)</b>			
2.1.1.1. Área Recepción.	<b>1-2-3-4-5</b>			
2.1.1.2. Sala Espera.	<b>1-2-3-4-5</b>			
2.1.1.3. Consulta Médica y/o Enfermería.	<b>1-2-3-4-5</b>			
2.1.1.4. Consulta Psicología y/o Trabajador social.	<b>1-2-3-4-5</b>			
2.1.1.5. Sala de Grupos.	<b>1-2-3-4-5</b>			
2.1.1.6. Área de Dispensación Opiáceos con zona de recogida de muestras dotada de sistema de control.	<b>1-2-3-4-5</b>			
2.1.1.7. Zona de almacén y custodia medicamentos, garantizando el Centro el acceso restringido.	<b>1-2-3-4-5</b>			
2.1.1.8. Zona de archivo de documentación clínica, garantizándose el acceso restringido.	<b>1-2-3-4-5</b>			
2.1.1.9. Servicios higiénicos suficientes, estando al menos uno de ellos adaptado para minusválidos.	<b>1-2-3-4-5</b>			
2.1.2. Los Centros de Día (C.D) y las Comunidades Terapéuticas (C.T) dispondrán, al menos de:	<b>Σ puntos (6/30)</b>			
2.1.2.1. Área Recepción y/o Sala Espera	<b>1-2-3-4-5</b>			
2.1.2.2. Consulta.	<b>1-2-3-4-5</b>			
2.1.2.3. Sala de Grupos.	<b>1-2-3-4-5</b>			

2.1.2.4. Servicios higiénicos suficientes, estando al menos uno de ellos adaptado para minusválidos.	1-2-3-4-5			
2.1.2.5. Zona de almacén y custodia medicamentos, garantizándose el acceso restringido.	1-2-3-4-5			
2.1.2.6. Zona de archivo de documentación clínica, garantizándose el acceso restringido.	1-2-3-4-5			
2.1.3. Los Servicios Sanitarios ubicados en Centros de Acceso Directo (S.S.C.A.D) dispondrán, al menos de:	<b>Σ puntos (5/25)</b>			
2.1.3.1. Consulta Médica.	1-2-3-4-5			
2.1.3.2. Consulta de Enfermería.	1-2-3-4-5			
2.1.3.3. Zona de almacén y custodia medicamentos, garantizándose el acceso restringido.	1-2-3-4-5			
2.1.3.4. Zona de archivo de documentación clínica, garantizándose el acceso restringido.	1-2-3-4-5			
2.1.3.5. Servicios higiénicos suficientes, estando al menos uno de ellos adaptado para minusválidos.	1-2-3-4-5			
2.1.4. Otros Programas Sanitarios (O.P.S) dispondrán, al menos de:	<b>Σ puntos (3/15)</b>			
2.1.4.1. Consulta Médica y/o Psicología.	1-2-3-4-5			
2.1.4.2. Servicios higiénicos suficientes, estando al menos uno de ellos adaptado para minusválidos.	1-2-3-4-5			
2.1.4.3. Zona de archivo de documentación clínica, garantizándose el acceso restringido.	1-2-3-4-5			
2.1.5. Los Servicios de Dispensación de opiáceos (S.D.O.f) dispondrán, al menos de:	<b>Σ puntos (5/25)</b>			
2.1.5.1. Consulta Médica y/o Enfermería.	1-2-3-4-5			
2.1.5.2. Zona de recogida de muestras dotada de sistema de control.	1-2-3-4-5			
2.1.5.3. Zona de almacén y custodia medicamentos, garantizándose el acceso restringido.	1-2-3-4-5			
2.1.5.4. Archivo documentación clínica, garantizándose el acceso restringido.	1-2-3-4-5			
2.1.5.5. Servicios higiénicos suficientes, estando al menos uno de ellos adaptado para minusválidos.	1-2-3-4-5			
2.1.6. Los Servicios de Dispensación de Opiáceos Móviles (S.D.O.m) dispondrán, al menos de:	<b>Σ puntos (3/15)</b>			
2.1.6.1. Zona de exploración, dotada de camilla.	1-2-3-4-5			
2.1.6.2. Zona de almacén y custodia medicamentos, garantizándose el acceso restringido.	1-2-3-4-5			
2.1.6.3. Archivo documentación clínica, garantizándose el acceso	1-2-3-4-5			

restringido.				
2.1.7. Los Programas Sanitarios realizados en Instituciones Penitenciarias dispondrán, al menos de:	<b>Σ puntos (4/20)</b>			
2.1.7.1. Consulta.	1-2-3-4-5			
2.1.7.2. Sala de Grupos.	1-2-3-4-5			
2.1.7.3. Zona de almacén y custodia medicamentos, garantizándose el acceso restringido.	1-2-3-4-5			
2.1.7.4. Zona de archivo de documentación Clínica, garantizándose el acceso restringido.	1-2-3-4-5			
2.1.8. Las Unidades de Desintoxicación Hospitalaria (UDxH) y las Unidades de Deshabitación Hospitalarias (UdbH) dispondrán, al menos de:	<b>Σ puntos (11/55)</b>			
2.1.8.1. Control de enfermería.	1-2-3-4-5			
2.1.8.2. Una habitación dotada de sistema de observación desde el Control de Enfermería, bien mediante circuito cerrado de TV o mediante ojos de buey en la puerta.	1-2-3-4-5			
2.1.8.3. Camas.	1-2-3-4-5			
2.1.8.4. Sala Espera.	1-2-3-4-5			
2.1.8.5. Consulta de Enfermería.	1-2-3-4-5			
2.1.8.6. Consulta Médica.	1-2-3-4-5			
2.1.8.7. Sala de Grupos.	1-2-3-4-5			
2.1.8.8. Servicios higiénicos suficientes, estando al menos uno de ellos adaptado para minusválidos.	1-2-3-4-5			
2.1.8.9. Zona de almacén y custodia medicamentos, garantizándose el acceso restringido.	1-2-3-4-5			
2.1.8.10. Zona de archivo de documentación clínica, garantizándose el acceso restringido.	1-2-3-4-5			
2.1.8.11. Espacio abierto próximo.	1-2-3-4-5			
2.1.8.12. Protección anti-autolesiones:	<b>E</b>			
2.1.8.12.1. Ausencia de objetos cortantes y sobresalientes, que soporten un peso mayor de 25 KG.				
2.1.8.12.2. Cristales de seguridad en determinadas zonas.				
2.2. Instalaciones para actividades recreativas, deporte, hobbies y juegos de interior, consistentes con las necesidades del paciente en materia recreacional, cultural y educacional así como con las metas del programa.	<b>1/15</b>			
<b>A. 3. REQUISITOS MÍNIMOS PARA UNA ATENCIÓN URGENTE EN EL ADULTO:</b>	<b>E</b>			
3.1. En la atención hospitalaria (UDxH y				



UDbH) existirá un carro de parada y material electromédico (DEA/DESA), definidos al final de este <b>Anexo</b> .				
3.1.1. La revisión de los mismos será completa, al menos con periodicidad mensual y después de cada uso.				
3.1.2. Con constancia documental firmada por la persona que la realiza.				
3.2. Contarán con protocolo actualizado de técnicas de RCP básica instrumental y manejo de DEA/DESA.				
3.3. El personal sanitario de la Unidad deberá acreditar la formación y actualización en la técnica de RCP básica instrumental y manejo de DEA/DESA (En caso negativo, deberá acreditarla en el plazo máximo de un año):				
3.3.1. La formación/actualización del personal se realizará por Entidades debidamente acreditadas.				
3.3.2. La recertificación será bianual.				
3.4. Cada turno estará cubierto con al menos, un profesional acreditado en RCP básica instrumental y manejo de DEA/DESA.				
3.5. Está definido el procedimiento que garantice la continuidad asistencial, y el acceso al soporte vital avanzado (SVA).				
<b>A. 4. EQUIPO TÉCNICO: ORGANIZACIÓN, COMPOSICIÓN Y RÉGIMEN DE DEDICACIÓN:</b>				
4.1. Todos los centros contarán con un organigrama del equipo que especifique las tareas de dirección y del personal.	<b>E</b>			
4.2. Los Centros de Salud Mental/Unidades de Atención al Drogodependiente (CSM/U.A.D):	<b>E</b>			
4.2.1. Dispondrán de:				
4.2.1.1. Un Especialista en Psiquiatría/ Médico experto en atención a drogodependientes, que estará en posesión del Master o Especialidad Universitaria en Drogodependencias (El personal ya contratado que realice estas funciones dispondrá hasta 3 años, posteriores a la acreditación, para obtener la titulación correspondiente).				
4.2.1.2. Un Psicólogo Clínico /Psicólogo General Sanitario.				
4.2.1.3. Un Enfermero/a.				
4.2.1.4. Un Trabajador social.				
4.2.2. Régimen de dedicación:				
4.2.2.1. Todo el personal: jornada completa y presencia física.				
4.3. Los Centros de Día (C.D):	<b>E</b>			
4.3.1. Dispondrán de:				
4.3.1.1. Psicólogo Clínico/Psicólogo General Sanitario.				
4.3.2. Régimen de dedicación:				



4.3.2.1. Jornada completa y presencia física.				
4.4. Las Comunidades Terapéuticas (C.T):	<b>E</b>			
4.4.1. Dispondrán de:				
4.4.1.1. Un Especialista en Psiquiatría/ Medico experto en atención a drogodependientes, que estará en posesión del Master o Especialidad Universitaria en Drogodependencias (El personal ya contratado que realice estas funciones dispondrá hasta 3 años, posteriores a la acreditación, para obtener la titulación correspondiente).				
4.4.1.2. Un Psicólogo Clínico/Psicólogo General Sanitario.				
4.4.2. Régimen de dedicación:				
4.4.2.1. Especialista en Psiquiatría/Medico experto en atención a drogodependientes: localizado.				
4.4.2.2. Psicólogo Clínico/Psicólogo General Sanitario: jornada completa y presencia física.				
4.5. Los Servicios Sanitarios ubicados en Centros de Acceso Directo (S.S.C.A.D):	<b>E</b>			
4.5.1. Dispondrán de:				
4.5.1.1. Un Especialista en Psiquiatría/ Medico experto en atención a drogodependientes, que estará en posesión del Master o Especialidad Universitaria en Drogodependencias (El personal ya contratado que realice estas funciones dispondrá hasta 3 años, posteriores a la acreditación, para obtener la titulación correspondiente).				
4.5.1.2. Enfermero/a.				
4.5.2. Régimen de dedicación:				
4.5.2.1. Especialista en Psiquiatría/Medico experto en atención a drogodependientes: localizado.				
4.5.2.2. Enfermero/a: jornada completa y presencia física.				
4.6. Otros Programas Sanitarios (O.P.S):	<b>E</b>			
4.6.1. Dispondrán del personal sanitario que se determine según las características del programa a desarrollar, que estará homologado por el PRD.				
4.6.2. Régimen de dedicación:				
4.6.2.1. A determinar, según las características del Programa implantado.				
4.7. Los Servicios de Dispensación de Opiáceos Fijos (S.D.O f):	<b>E</b>			
4.7.1. Dispondrán de:				
4.7.1.1. Especialista en Psiquiatría/Medico experto en atención a drogodependientes (El personal ya contratado que realice estas				





funciones dispondrá hasta 3 años, posteriores a la acreditación, para obtener la titulación correspondiente).				
4.7.1.2. Enfermero/a.				
4.7.1.3. Vigilante de seguridad.				
4.7.2. Régimen de dedicación:				
4.7.2.1. Especialista en Psiquiatría/Medico experto en atención a drogodependientes: localizado.				
4.7.2.2. Resto de personal de presencia física mientras se desarrolle la actividad.				
4.8. Los Servicios de Dispensación de Opiáceos Móviles (S.D.O m):	<b>E</b>			
4.8.1 Dispondrán de:				
4.8.1.1. Especialista en Psiquiatría/Medico experto en atención a drogodependientes y/o Enfermero (El personal ya contratado que realice estas funciones dispondrá hasta 3 años, posteriores a la acreditación, para obtener la titulación correspondiente).				
4.8.1.2. Vigilante de seguridad.				
4.8.2. Régimen de dedicación:				
4.8.2.1. Especialista en Psiquiatría/Medico experto en atención a drogodependientes de presencia física; o, Enfermero de presencia física y Especialista en Psiquiatría/Medico experto en atención a drogodependientes: localizado.				
4.8.2.2. Se requiere la presencia física del personal mientras dure la actividad.				
4.9. Los Programas Sanitarios de Atención al Drogodependiente realizados en Instituciones Penitenciarias:	<b>E</b>			
4.9.1. Dispondrán de:				
4.9.1.1. Un Especialista en Psiquiatría/ Medico experto en atención a drogodependientes, que estará en posesión del Master o Especialidad Universitaria en Drogodependencias (El personal ya contratado que realice estas funciones dispondrá hasta 3 años, posteriores a la acreditación, para obtener la titulación correspondiente).				
4.9.1.2. Psicólogo Clínico/Psicólogo General Sanitario.				
4.9.1.3. Enfermero/a.				
4.9.2. Régimen de dedicación:	<b>E</b>			
4.9.2.1. Especialista en Psiquiatría/Medico experto en atención a drogodependientes: al menos 5h/semana de presencia física.				
4.9.2.2. Psicólogo Clínico/Psicólogo General Sanitario: al menos 10h/semana de presencia física.				



4.9.2.3. Enfermero: al menos 10h/semana de presencia física.				
4.10. Las Unidades de Desintoxicación Hospitalaria (UDxH):	<b>E</b>			
4.10.1. Dispondrán de:				
4.10.1.1. Un Especialista en Psiquiatría/ Medico experto en atención a drogodependientes, que estará en posesión del Master o Especialidad Universitaria en Drogodependencias (El personal ya contratado que realice estas funciones dispondrá hasta 3 años, posteriores a la acreditación, para obtener la titulación correspondiente).				
4.10.1.2. Enfermero/a.				
4.10.1.3. Auxiliar de enfermería.				
4.10.2. Régimen de dedicación:				
4.10.2.1. Especialista en Psiquiatría/ Medico experto en atención a drogodependientes: jornada completa y presencia física.				
4.10.2.2. Enfermero y Auxiliar: presencia física 24 horas mediante turnos.				
4.10.3. El Hospital tiene establecido el procedimiento para garantizar la asistencia facultativa, si se precisa, el resto de jornada.				
4.11. Las Unidades de Deshabitación Hospitalarias (UDbH):	<b>E</b>			
4.11.1. Dispondrán de:				
4.11.1.1. Especialista en Psiquiatría/Medico experto en atención a drogodependientes (El personal ya contratado que realice estas funciones dispondrá hasta 3 años, posteriores a la acreditación, para obtener la titulación correspondiente).				
4.11.1.2. Psicólogo Clínico/Psicólogo General Sanitario.				
4.11.1.3. Enfermero/a.				
4.11.1.4. Auxiliar de enfermería.				
4.11.2. Régimen de dedicación:				
4.11.2.1. Especialista en Psiquiatría/Medico experto en atención a drogodependientes: al menos 5 horas/semana de presencia física.				
4.11.2.2. Psicólogo Clínico/Psicólogo General Sanitario: jornada completa y presencia física.				
4.11.2.3. Enfermero/a y Auxiliar de enfermería: jornada completa y presencia física, mediante turnos que cubran las 24 horas.				
4.11.3 El Hospital tiene establecido el procedimiento para garantizar la asistencia facultativa y de enfermería, si se precisa, el resto de jornada.				

<b>A. 5. DOCUMENTACIÓN CLÍNICA Y ESTADÍSTICAS:</b>				
5.1. La H.C consta, además del contenido mínimo estipulado en la Ley 41/2002 de Autonomía del paciente, de los siguientes documentos e informes:	<b>E</b>			
5.1.1. Informes remitidos por otras instituciones colaboradoras.				
5.1.2. Consentimiento escrito del paciente y/o familiares acerca de la admisión, evaluación, tratamiento, investigación y seguimiento.				
5.1.3. El Plan de Tratamiento Individualizado, sus revisiones y modificaciones, suministrando información para:				
5.1.3.1. Historia psicosocial y familiar.				
5.1.3.2. Historia de consumo.				
5.1.3.3. La revisión, estudio y evaluación del tratamiento suministrado al paciente.				
5.1.3.4. Un resumen referido a la finalización del tratamiento y al plan de seguimiento que contiene:				
5.1.3.4.1. Resultados significativos del tratamiento.				
5.1.3.4.2. Curso y progreso del paciente respecto a sus problemas fundamentales.				
5.1.3.4.3. Curso del tratamiento individualizado.				
5.1.3.4.4. Formulación final con consideraciones generales y un diagnóstico final primario y secundario.				
5.1.3.4.5. Recomendaciones para el tratamiento y seguimiento futuros.				
5.1.4. Hoja de registro de eventos inusuales, como:				
5.1.4.1. Complicaciones en el tratamiento.				
5.1.4.2. Accidentes o daños sufridos.				
5.1.4.3. Procedimientos que sitúan al paciente en situación de riesgo.				
5.1.4.4. Morbilidad y fallecimiento (incluyendo en este caso informe forense).				
5.2. El Centro elabora una Memoria anual de sus actividades, que incluya:	<b>E</b>			
5.2.1. Nº asistidos.				
5.2.2. Nº casos nuevos.				
5.2.3. Permanencia media en programa.				
5.2.4. Costo total del programa				
<b>A. 6. PROCEDIMIENTO DE ADMISIÓN:</b>				
6.1. La evaluación para la admisión será realizada por el personal clínico del Centro.	<b>E</b>			

6.2. Existe una descripción de las condiciones y procedimientos de admisión en el Centro, incluyendo:	<b>E</b>			
6.2.1. Criterios de admisión.				
6.2.2. Procedimientos a seguir para la aceptación de solicitudes de ingreso.				
6.2.3. La documentación a obtener, previa a la admisión.				
6.2.4. Criterios de no admisión.				
6.2.5. Procedimientos a seguir en caso de no admisión.				
6.3. Durante el procedimiento de admisión se asegura que el paciente comprende claramente:	<b>E</b>			
6.3.1. La naturaleza y metas del tratamiento en el Centro.				
6.3.2. Las reglas que se aplican a la conducta, el tipo de infracciones consideradas y las sanciones aplicables.				
<b>A. 7. TRATAMIENTO: GENERALIDADES, ACTIVIDADES Y PROGRAMAS EDUCATIVOS:</b>				
7.1. Existe Programa Terapéutico.	<b>E</b>			
7.2. Esta homologado por el Plan Regional de Drogas.	<b>E</b>			
7.3. Existe un Plan de Tratamiento Individualizado (PTI):	<b>E</b>			
7.3.1. Está basado en las necesidades fundamentales del paciente.				
7.3.2. Especifica los servicios requeridos por el paciente (dentro y fuera del Centro).				
7.3.3. Especifica y cuantifica las metas a alcanzar, así como los criterios de finalización del tratamiento.				
7.3.4. Programa la aplicación personalizada de la terapia.				
7.3.5. Aplica medidas específicas de prevención y control sanitario, incluidos los dirigidos a TBC, VIH-SIDA y a otras poblaciones especiales.				
7.3.6. El PTI está bajo la responsabilidad directa del personal clínico del equipo. Las actividades dentro y fuera del Centro pueden ser supervisadas por un miembro formado y cualificado del equipo, que colabore con el personal clínico y proporcione información sobre la participación del paciente en las actividades.				
7.4. Existe un procedimiento para el manejo, uso y mantenimiento del material y suministros esterilizados, cuando son utilizados por el programa.	<b>E</b>			
7.5. Existe un horario planificado y revisado conjuntamente con los pacientes, con espacios y tiempos comunes para la terapia, actividades, tiempo libre y relación	<b>1/15</b>			

interpersonal.				
7.6. El Centro no podrá obtener beneficios económicos de las actividades del paciente.	<b>E</b>			
7.7. El Centro suministra o facilita el acceso a programas formativos-ocupacionales (dentro y/o fuera del mismo), adaptados a las necesidades de los pacientes.	<b>1/20</b>			
<b>A. 8. FINALIZACIÓN DEL TRATAMIENTO, DERIVACIÓN Y SEGUIMIENTO:</b>				
8.1. Los criterios y normas sobre la duración de la estancia y finalización son específicos al diagnóstico, problemática del paciente, metas individualizadas del tratamiento y procedimiento a aplicar en el caso individual.	<b>1/5</b>			
8.2. En caso de fracaso del tratamiento, expulsión, abandono, o no aceptación de las normas o metas del programa por el paciente, se le ofrece un plan alternativo en el centro, o se posibilita una readmisión.	<b>1/5</b>			
8.3. El centro dispone de un régimen de salidas suficiente, ordenado y progresivo para los pacientes.	<b>1/5</b>			
8.4. El Centro desarrolla un programa específico de reinserción, o bien tiene convenios con otros recursos sociales con el fin de ayudar a la reinserción del paciente.	<b>1/10</b>			
8.5. El Centro especifica criterios para el reingreso y finalización del seguimiento.	<b>1/5</b>			
<b>A. 9. DERECHOS DEL PACIENTE:</b>				
9.1. La Carta de Derechos y Deberes se encuentra expuesta en lugares visibles.	<b>E</b>			
9.2. Existe una declaración o procedimiento escrito que describe los derechos del paciente, y los medios por los cuales esos derechos son protegidos y aplicados.	<b>1/5</b>			
9.3. Se permite al paciente mantener comunicaciones y recibir visitas de familiares y allegados.	<b>E</b>			
9.4. En caso de restricciones por motivos clínicos, se registra esta salvedad en la HC y se evalúa regularmente la efectividad terapéutica de tal restricción.	<b>E</b>			
9.5. Se realiza anualmente estudio de las quejas, reclamaciones y/o sugerencias de los pacientes, con informes de propuestas a Dirección.	<b>1/5</b>			

**PROTOCOLO DE ACREDITACIÓN ÓPTIMA DE CENTROS, SERVICIOS Y ESTABLECIMIENTOS SANITARIOS DEL SECTOR PÚBLICO DE LA C.A.R.M, DE ATENCIÓN AL DROGODEPENDIENTE****Sin el cumplimiento de los mismos no se obtiene la acreditación ÓPTIMA.**

<b>O. 1. EQUIPO TÉCNICO: ORGANIZACIÓN, FORMACIÓN Y SUPERVISIÓN:</b>				
1.1 Existe una descripción del equipo técnico, incluyendo profesionales externos, voluntarios y colaboradores que incluye:	<b>Σ puntos (1/20)</b>			
1.1.1. Datos personales.	<b>1-2-3-4-5</b>			
1.1.2. Tareas y funciones desarrolladas.	<b>1-2-3-4-5</b>			
1.1.3. Derechos y obligaciones.	<b>1-2-3-4-5</b>			
1.1.4. Cualificación (básica, especialización y experiencia).	<b>1-2-3-4-5</b>			
1.2. Existe un procedimiento para la selección de personal, explicando los requisitos necesarios para entrar a formar parte del equipo que se basa en:	<b>Σ puntos (3/15)</b>			
1.2.1. Mantenga la coherencia entre la función o tarea desempeñada y la cualificación del profesional.	<b>1-2-3-4-5</b>			
1.2.2. Las tareas a desarrollar según los objetivos del programa.	<b>1-2-3-4-5</b>			
1.2.3. Las características actuales de la población tratada.	<b>1-2-3-4-5</b>			
1.3. Se aplican normas documentadas para la comunicación, coordinación y cohesión interna del equipo incluyendo:	<b>Σ puntos (1/10)</b>			
1.3.1. Reuniones de la dirección con el equipo.	<b>1-2-3-4-5</b>			
1.3.2. Reuniones del equipo con otros equipos.	<b>1-2-3-4-5</b>			
<b>O. 2. PROCEDIMIENTO DE ADMISIÓN:</b>				
2.1. Existe una descripción de las condiciones y procedimientos de admisión en el Centro, incluyendo estadísticas sobre solicitudes y admisiones.	<b>1/5</b>			
2.2. Durante el procedimiento de admisión se asegura que el paciente comprende claramente:	<b>Σ puntos (1/10)</b>			
2.2.1. El coste del tratamiento.	<b>1-2-3-4-5</b>			
2.2.2. Los derechos y obligaciones del paciente.	<b>1-2-3-4-5</b>			
2.3. El Centro documenta:	<b>Σ puntos (1/15)</b>			
2.3.1. Preparación de la familia del paciente para la participación en el tratamiento.	<b>1-2-3-4-5</b>			
2.3.2. Régimen de comunicaciones y visitas.	<b>1-2-3-4-5</b>			
2.3.3. Preparación para la salida del programa.	<b>1-2-3-4-5</b>			

<b>O. 3. DOCUMENTACIÓN CLÍNICA Y ESTADÍSTICAS:</b>				
3.1. El Centro dispone de un manual de cumplimentación, uso y acceso a la HC.	1/5			
3.2. El Centro tiene establecido un procedimiento para supervisar la calidad y veracidad de las anotaciones en la HC.	1/5			
3.3. El Centro realiza periódicamente, a los pacientes y familiares, una encuesta de satisfacción.	1/5			
<b>O. 4. TRATAMIENTO: DIAGNÓSTICO Y EVALUACIÓN DE PACIENTES:</b>				
4.1. Existe un procedimiento estándar que explica las pruebas, instrumentos y protocolos utilizados para la evaluación del caso.	1/5			
4.2. Al ingreso, el Centro se hace responsable de realizar/ revisar la evaluación completa de las necesidades del paciente en las siguientes áreas:	<b>Σ puntos (1/6)</b>			
4.2.1. Física.	1			
4.2.2. Consumo de sustancias.	1			
4.2.3. Psicológica y psiquiátrica.	1			
4.2.4. Familiar, social.	1			
4.2.5. Legal.	1			
4.2.6. Ocupacional.	1			
4.3. La evaluación física incluye, al menos exploración completa, identificación y control de las infecciones.	1/5			
4.4. Se dispone de evaluación psicológica que incluye:	<b>Σ puntos (1/5)</b>			
4.4.1. Una historia de problemas psicológicos en diversas áreas.	1			
4.4.2. Historia familiar.	1			
4.4.3. Valoración comportamental mediante observación directa.	1			
4.4.4. Personalidad, valoración del desarrollo cognitivo, afectivo y capacidades para el autocuidado.	1			
4.4.5. El diagnóstico y tratamiento de las alteraciones severas de la personalidad que puedan influir en el manejo del paciente y en su evolución.	1			
4.5. Se dispone de evaluación psiquiátrica que incluye la detección de complicaciones que puedan manifestarse durante la estancia, amenazar la salud del paciente y su tratamiento o derivación si procede.	1/5			
4.6. Se realiza una valoración socio-familiar del paciente que incluye:	<b>Σ puntos (1/5)</b>			
4.6.1. Entorno social y familiar, implicación familiar en el tratamiento y expectativas de la familia sobre el mismo.	1			
4.6.2. Infancia y adolescencia.	1			
4.6.3. Situación socioeconómica.	1			
4.6.4. Uso de drogas en el contexto	1			



familiar.				
4.6.5. Composición de la red social.	<b>1</b>			
4.7. Se realizan evaluaciones periódicas del paciente por personal cualificado (en el Centro o por derivación).	<b>1/5</b>			
4.8. Los resultados de los exámenes clínicos y evaluaciones realizadas al ingreso y durante el tratamiento, así como otras pruebas (analíticas para detectar consumo de sustancias, etc.) son almacenadas en la HC.	<b>1/5</b>			
4.9. El Centro utiliza instrumentos estandarizados para la evaluación del paciente, utiliza sistemas establecidos de clasificación diagnóstica (DSM-IV, CIE-10, etc.)	<b>1/5</b>			
4.10. Utiliza un modelo específico para el informe de la evolución del paciente durante el tratamiento.	<b>1/5</b>			
4.11. La documentación sobre la evaluación del paciente está disponible para el equipo y otros servicios comunitarios que intervienen en el seguimiento, con el consentimiento del paciente y garantizando la confidencialidad.	<b>1/5</b>			
4.12. Se verifica documentalmente que, antes de la finalización del tratamiento, se ha realizado una evaluación de las necesidades fundamentales del paciente que sirve de base para el seguimiento a largo plazo.	<b>1/5</b>			



**PROTOCOLO DE ACREDITACIÓN EXCELENTE DE CENTROS, SERVICIOS Y ESTABLECIMIENTOS  
SANITARIOS DEL SECTOR PÚBLICO DE LA C.A.R.M., DE ATENCIÓN AL DROGODEPENDIENTE****Sin el cumplimiento de los mismos no se obtiene la acreditación EXCELENTE.**

<b>E. 1. EQUIPO TÉCNICO: FORMACIÓN Y SUPERVISIÓN:</b>				
1.1. El centro garantiza la profesionalidad de su equipo técnico, acreditando:	<b>Σ puntos (1/10)</b>			
1.1.1. Formación continuada de su personal.	<b>1-2-3-4-5</b>			
1.1.2. Experiencia profesional de su personal.	<b>1-2-3-4-5</b>			
1.2. Existe un plan documentado y aplicado para la formación continuada y actualización del equipo:	<b>Σ puntos (1/10)</b>			
1.2.1. Que incluye actividades de formación planificadas, programadas previamente y mantenidas con continuidad.	<b>1-2-3-4-5</b>			
1.2.2. Que se desarrollan dentro y fuera del Centro (talleres, institutos, seminarios, conferencias, comités, cursos de formación continuada, etc.).	<b>1-2-3-4-5</b>			
1.3. El contenido de los programas de Formación Continuada procede de diversas fuentes de información, entre otras los resultados del Programa de Garantía de Calidad.	<b>1/5</b>			
1.4. Se aplica un programa para estimular el desarrollo profesional de los miembros del equipo, salvaguardar la estabilidad emocional y prevenir el síndrome del "burn out":	<b>Σ puntos (1/10)</b>			
1.4.1. Incluyendo una valoración de cada miembro del equipo relativa a motivación, implicación, valoración de la ejecución, relación con otros miembros del equipo y desarrollo profesional.	<b>1-2-3-4-5</b>			
1.4.2. Se realiza encuesta de satisfacción a los profesionales.	<b>1-2-3-4-5</b>			
<b>E. 2. DOCUMENTACIÓN CLÍNICA:</b>				
2.1. El Centro garantiza amplia difusión entre el personal sanitario del manual de uso y acceso a la historia clínica.	<b>1/10</b>			
<b>E. 3. PROCEDIMIENTO DE ADMISIÓN:</b>				
3.1. Dispone de un documento que especifica los criterios de admisión que están fijados por la Administración Sanitaria.	<b>1/10</b>			
3.2. El Centro se compromete a coordinar con equipos médicos y psicológicos que han tratado al paciente previamente al ingreso en el Centro, documentando las interrupciones o cambios aplicados a dichos tratamientos previos.	<b>1/10</b>			

<b>E. 4. DERECHOS DEL PACIENTE:</b>				
4.1. El paciente recibe una copia escrita de sus derechos y obligaciones, redactada en lenguaje claro y comprensible.	<b>1/10</b>			
<b>E. 5. INVESTIGACIÓN, GESTIÓN DE LA GARANTÍA DE CALIDAD Y EVALUACIÓN Y MEJORA DE LA CALIDAD:</b>				
• <b>INVESTIGACIÓN:</b>				
5.1. El Centro desarrolla investigaciones internas orientadas a:	<b>Σ puntos (1/10)</b>			
5.1.1. Valorar y contrastar las hipótesis sobre las que se basa su modelo teórico y de intervención clínica.	<b>1-2-3-4-5</b>			
5.1.2. Identificar características del programa y de los pacientes que están relacionadas con los resultados del tratamiento (Ej. con el abandono prematuro, las recaídas, etc.).	<b>1-2-3-4-5</b>			
5.2. Se realizan publicaciones de los estudios en boletines internos.	<b>1/5</b>			
5.3. Se realizan publicaciones de los estudios en revistas científicas.	<b>1/15</b>			
• <b>GESTIÓN DE LA GARANTÍA DE LA CALIDAD:</b>				
5.4. Se dispone de un Plan escrito para la Gestión y Mejora Continua de la Calidad, que incluye los siguientes aspectos:	<b>Σ puntos (1/15)</b>			
5.4.1. Descripción general del Plan, incluyendo objetivos, ámbito de aplicación y recursos disponibles.	<b>1-2-3-4-5</b>			
5.4.2. Modelo organizativo y criterios de funcionamiento del Plan y de las líneas de actividad.	<b>1-2-3-4-5</b>			
5.4.3. Mecanismos de evaluación y seguimiento de la efectividad de las actividades de gestión y mejora continua implantadas.	<b>1-2-3-4-5</b>			
5.5. El cumplimiento de dicho Plan de Garantía de Calidad forma parte de los objetivos generales de gestión de la Dirección del Centro.	<b>1/5</b>			
5.6. Dicho Plan de Gestión y Mejora Continua de la Calidad se elabora, al menos cada cinco años, incluye objetivos de alcance estratégico para la mejora de la calidad total del centro, fija objetivos anuales para su desarrollo y es revisado a partir de los resultados conseguidos en cada ciclo anual.	<b>1/5</b>			
5.7. El Centro cuenta con un Responsable (normalmente un miembro del equipo) que tiene asignada la tarea de impulsar el logro de los objetivos fijados en el Plan de Gestión y Mejora Continua de Calidad.	<b>1/5</b>			
5.8. El responsable realiza el seguimiento de dicho Plan y propone líneas de mejora.	<b>1/5</b>			

<b>• EVALUACIÓN Y MEJORA DE LA CALIDAD:</b>				
5.9. El Plan de Evaluación incluye: objetivos, recursos, actividades, calendario y mecanismos de reevaluación de las medidas correctoras aplicadas.	<b>1/5</b>			
5.10. La Memoria anual contempla las actividades y resultados del Plan de Gestión y Mejora Continua de Calidad, que incluye:	<b>Σ puntos (1/35)</b>			
5.10.1. Descripción de programas y actividades desarrollados, incluidas las recomendaciones en el Plan de mejora.	<b>1-2-3-4-5</b>			
5.10.2. Composición del equipo.	<b>1-2-3-4-5</b>			
5.10.3. Formación del equipo, adquirida y proporcionada por el mismo.	<b>1-2-3-4-5</b>			
5.10.4. Estadísticas sobre movimiento de pacientes (ingresos y finalizaciones desglosadas).	<b>1-2-3-4-5</b>			
5.10.5. Investigaciones y publicaciones.	<b>1-2-3-4-5</b>			
5.10.6. Balance económico.	<b>1-2-3-4-5</b>			
5.10.7. Análisis de eficacia y eficiencia.	<b>1-2-3-4-5</b>			
5.11. Las líneas de actividad para evaluar la Garantía de Calidad incluyen:	<b>Σ puntos (1/20)</b>			
5.11.1. Investigación y evaluación del programa, valorando la coherencia entre la naturaleza teórica del programa y su aplicación práctica.	<b>1-2-3-4-5</b>			
5.11.2. Adecuación y desarrollo profesional del equipo técnico, valorando su competencia profesional.	<b>1-2-3-4-5</b>			
5.11.3. Revisión de la utilización de los recursos del programa.	<b>1-2-3-4-5</b>			
5.11.4. Estudios de Casos y Evaluación de H. Clínicas.	<b>1-2-3-4-5</b>			
5.12. El Centro revisa, con periodicidad anual una muestra estadísticamente significativa de sus H <sup>a</sup> . Clínicas.	<b>1/5</b>			
5.13. El Centro documenta el proceso completo de evaluación de la calidad en la atención al paciente.	<b>1/5</b>			
5.14. La información resultante de la encuesta de satisfacción realizada a pacientes y familiares se integra en una lógica de progreso y mejora del programa, y se documenta su utilización en la planificación posterior.	<b>1/5</b>			
5.15. El Centro documenta la incorporación de los resultados del estudio de las reclamaciones, quejas y sugerencias al ciclo de mejora.	<b>1/5</b>			
<b>E. 6. RELACIÓN CON LA COMUNIDAD Y CON OTROS SERVICIOS:</b>				
6.1. El Centro está reconocido como centro de enseñanza.	<b>20</b>			
6.2. El Centro no es un fin en sí mismo sino que está integrado en una red asistencial, manteniendo una coordinación con redes y servicios de prevención, tratamiento,	<b>1/10</b>			



rehabilitación y reinserción.				
6.3. Desarrolla conjuntamente programas de intercambio, coordinación y colaboración orientados al logro de objetivos comunes.	<b>1/15</b>			
6.4. El Centro realiza actividades orientadas a la comunidad con el fin de procurar la máxima integración en el entorno social, dando a conocer la naturaleza y recursos del mismo.	<b>1/5</b>			
6.5. El Centro desarrolla actividades (y colabora con otras externas) para estimular la acción social, que incluyen:	<b>Σ puntos (1/15)</b>			
6.5.1. Formación y estímulo al voluntariado.	<b>1-10</b>			
6.5.2. Eventos especiales que atraigan el interés de la comunidad así como el reconocimiento y apoyo ciudadano hacia las necesidades del programa.	<b>1-2-3-4-5</b>			
6.6 En relación con los problemas asociados a las drogas los miembros del equipo proporcionan formación en programas externos, tales como:	<b>Σ puntos (1/20)</b>			
6.6.1. Grupos de autoayuda, de familiares y de voluntariado.	<b>1-2-3-4-5</b>			
6.6.2. Instituciones penitenciarias, centros de trabajo y estudio, etc.	<b>1-2-3-4-5</b>			
6.6.3. Colegios profesionales.	<b>1-2-3-4-5</b>			
6.6.4. Escuelas o universidades que imparten formación en su campo específico.	<b>1-2-3-4-5</b>			

**CARRO DE PARADA BÁSICO Y DESFIBRILADOR AUTOMÁTICO/SEMIAUTOMÁTICO (DEA/DESA)**

**DEFINICIÓN:** Conjunto instrumental y farmacológico sobre elementos fijos o de baja portabilidad, bajo la supervisión de Enfermería para su uso en zonas donde pueda ser previsible una situación emergente pero en donde la probabilidad de Fibrilación Ventricular o Taquicardia Ventricular sean bajas.

**LOCALIZACIÓN:** El Carro de Parada y el DEA/DESA estará ubicado en las UDxH y UDbH, y su localización será conocida por todo el personal de la Unidad.

CARRO DE PARADA	UNIDADES
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>MEDICAMENTOS:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ ADRENALINA.</li> <li>○ ATROPINA.</li> <li>○ CLORURO CÁLCICO 10%.</li> <li>○ LIDOCAINA 2%.</li> <li>○ SALBUTAMOL I.V.</li> <li>○ MIDAZOLÁN 15 MGR.</li> <li>○ GLUCOSA 33%.</li> <li>○ AMIODARONA.</li> <li>○ FLUMACENILO.</li> <li>○ SUCCINILCOLINA 100MGR. (FRIGORIFICO).</li> </ul> </li> </ul>	5 AMPOLLAS 5 AMPOLLAS 2 AMPOLLAS 5 AMPOLLAS 2 AMPOLLAS 5 AMPOLLAS 2 AMPOLLAS 5 AMPOLLAS 5 AMPOLLAS 2 AMPOLLAS
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>MATERIAL PROPIO DE LA VÍA AEREA: BOLSA A:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ TUBO ENDOTRAQUEAL DE 3,0 ORAL/NASAL 4,3.</li> <li>○ TUBO ENDOTRAQUEAL DE 3,5 ORAL/NASAL 4,3.</li> <li>○ TUBO ENDOTRAQUEAL DE 4,0 ORAL/NASAL 5,6</li> <li>○ TUBO ENDOTRAQUEAL DE 4,5 ORAL/NASAL 6,2.</li> <li>○ TUBO ENDOTRAQUEAL DE 5,0 ORAL/NASAL 6,9</li> <li>○ TUBO ENDOTRAQUEAL DE 5,5 ORAL/NASAL 7,5.</li> <li>○ TUBO ENDOTRAQUEAL DE 6,0 ORAL/NASAL 8,2 BALON DE 22MM.</li> <li>○ TUBO ENDOTRAQUEAL DE 6,5 ORAL/NASAL 8,8 BALON DE 23MM</li> <li>○ TUBO ENDOTRAQUEAL DE 7,0 ORAL/NASAL 9,6 BALON DE 24MM</li> <li>○ TUBO ENDOTRAQUEAL DE 7,5 ORAL/NASAL 10,2 BALON DE 26MM.</li> <li>○ TUBO ENDOTRAQUEAL DE 8,0 ORAL/NASAL 10,9 BALON DE 30MM.</li> <li>○ TUBO ENDOTRAQUEAL DE 8,5 ORAL/NASAL 11,5 BALON DE 32MM.</li> <li>○ ROLLO DE GASA 20X20.</li> <li>○ CÁNULAS DE GUEDEL. TALLA 3.</li> <li>○ CÁNULAS DE GUEDEL. TALLA 4.</li> <li>○ MASCARILLA LARINGEA. TALLA 4. PARA 50-70 KG.</li> <li>○ JERINGA 2 CUERPOS 20 ML / LUER SOLO.</li> <li>○ FIJADOR PARA INTUBACIÓN 14 FRENCH.</li> <li>○ TUBO CONDUCCIÓN OXIGENO ESTANDAR.</li> <li>○ MASCARA OXIGENO ADULTO.</li> <li>○ CANULA DE ASPIRACIÓN 4,6 MM CH 14 X 500MM.</li> <li>○ CANULA DE ASPIRACIÓN 5,33 MM CH 16 X 500MM.</li> <li>○ CANULA DE TRAQUEOTOMIA CON BALON DE BAJA PRESION Nº 6.</li> </ul> </li> </ul>	2 UNIDADES 2 UNIDADES 2 UNIDADES 2 UNIDADES 2 UNIDADES 2 UNIDADES 2 UNIDADES 2 UNIDADES 2 UNIDADES 3 UNIDADES 3 UNIDADES 3 UNIDADES 1 UNIDAD 1 UNIDAD 1 UNIDAD 1 UNIDAD 2 UNIDADES 2 UNIDADES 1 UNIDAD 1 UNIDAD 1 UNIDAD 1 UNIDAD 1 UNIDAD 1 UNIDAD 1 UNIDAD
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>MATERIAL PROPIO DE LA VÍA VENOSA: BOLSA B:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ JERINGA PARA EXTRACCION DE SANGRE ARTERIAL.</li> <li>○ JERINGA 2 CUERPOS 10 ML / LUER.</li> <li>○ JERINGA 2 CUERPOS 2 ML / LUER.</li> <li>○ JERINGA 2 CUERPOS 5 ML.</li> <li>○ AGUJA 21 G x 25MM.</li> <li>○ AGUJA 21 G x 40MM.</li> <li>○ AGUJA 25 G x 16MM.</li> <li>○ LLAVE DE TRES VIAS.</li> <li>○ INTROCAN SAFETI 14G x 2.</li> <li>○ INTROCAN SAFETI 16G x 2.</li> <li>○ INTROCAN SAFETI 18G x 2.</li> <li>○ INTROCAN SAFETI 20G x 2.</li> <li>○ INTROCAN SAFETI 22G x 2.</li> <li>○ EQUIPO PARA INFUSION IV POR GRAVEDAD.</li> <li>○ COMPRESOR ELASTICO VERDE.</li> <li>○ SET DE CATETERIZACION VENOSA CENTRAL DE LUZ VERDE MULTIPLE.</li> </ul> </li> </ul>	2 UNIDADES 5 UNIDADES 5 UNIDADES 5 UNIDADES 5 UNIDADES 5 UNIDADES 5 UNIDADES 2 UNIDADES 1 UNIDAD 1 UNIDAD 1 UNIDAD 1 UNIDAD 1 UNIDAD 1 UNIDAD 2 UNIDADES 1 UNIDAD 2 UNIDADES
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>OTRO MATERIAL FUNGIBLE: BOLSA C:</b></li> </ul>	

○ MASCARILLA CON VISERA Y CINTAS.	5 UNIDADES
○ VENDA ESLASTICA DE CREPÉ 10x4.	1 UNIDAD
○ PAÑO QUIRURGICO ADHESIVO 75x75 ESTERIL NO LATEX.	1 UNIDAD
○ JERINGA DE 3 CUERPOS 50 ML LUER LOCK.	1 UNIDAD
○ APOSITO DE TELA SIN TEJER USO QUIRURGICO ESTERIL 5 UNIDADES DE 7,5x7,5 30GR.	4 UNIDADES
○ GUANTES QUIRURGICOS CON POLVO TALLA 6.	1 UNIDAD
○ GUANTES QUIRURGICOS CON POLVO TALLA 6,5.	1 UNIDAD
○ GUANTES QUIRURGICOS CON POLVO TALLA 7.	1 UNIDAD
○ GUANTES QUIRURGICOS CON POLVO TALLA 7,5.	1 UNIDAD
○ GUANTES QUIRURGICOS CON POLVO TALLA 8.	1 UNIDAD
○ ESPARADRAPO PLASTICO DE 2,5.	1 UNIDAD
○ SONDA TIPO LEVIN RADIOPACA DE 18 FRENCH.	1 UNIDAD
○ MANGO DE BISTURI FIG-11.	1 UNIDAD
○ HOJAS DE BISTURI DEL 11.	5 UNIDADES
○ HOJAS DE BISTURI DEL 15.	5 UNIDADES
○ HOJAS DE BISTURI DEL 22.	5 UNIDADES
○ GUANTES DE NITRILO SIN POLVO TALLA P.	3 PARES
○ GUANTES DE NITRILO SIN POLVO TALLA M.	3 PARES
○ GUANTES DE NITRILO SIN POLVO TALLA G.	3 PARES
• MATERIAL QUE NO IRA DISPUESTO EN LAS BOLSAS PRECINTADAS:	
○ LARINGOSCOPIO Y PALAS RECTAS (Nº 0,1,2) PALAS CURVAS (Nº 2,3,4).	
○ PINZAS DE MAGILL.	
○ PILAS REPUESTO LARINGOSCOPIO.	
○ BOLSA DE VENTILACUION MANUAL CON RESERVORIO Y CON 2 MASCARILLAS DE DISTINTO TAMAÑO.	
○ LUBRICANTE HIDROFOBO.	
○ ANTISEPTICOS. CLORHEXIDINA, BETADINE,...	
○ LINTERNA.	
○ MATERIAL DE CURA.	
• SUEROTERAPIA:	
○ FISIOLÓGICO DE 500 CC.	2 UNIDADES
○ FISIOLÓGICO DE 100 CC.	2 UNIDADES
○ DEXTROSA AL 10%.	2 UNIDADES
○ RINGER LACTATO.	2 UNIDADES
○ EXPANSORES DE PLAMA 500 CC.	2 UNIDADES
○ CLORURO SODICO 20%.	2 AMPOLLAS
○ MANITOL AL 20%.	1 UNIDAD
○ BICARBONATO SODICO 1 MOLAR 250 CC.	1 UNIDAD
<b>MATERIAL ELECTROMEDICO:</b>	
• DESFIBRILADOR AUTOMÁTICO/SEMIAUTOMATICO (DEA/DESA).	