

|                                                                                                                                                 |                  |             |                  |             |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|-------------|------------------|-------------|
| <br><b>Junta de Andalucía</b><br>Consejería de Salud y Consumo | Fecha de edición | 2017        | Autor            | SISS        |
|                                                                                                                                                 | Fecha revisión   | Agosto 2022 | Próxima revisión | Agosto 2024 |
|                                                                                                                                                 | Versión          | 6           |                  |             |

### PROTOCOLO DE REQUISITOS MÍNIMOS EXIGIBLES A:

- **CONSULTAS Y CLÍNICAS DENTALES C.2.5.1.**
- **UNIDADES ASISTENCIAL DE ODONTOLOGÍA / ESTOMATOLOGÍA U.44.**

**C.2.5.1 – Clínicas dentales:** centros sanitarios en los que se realizan actividades sanitarias en el ámbito de la salud bucodental.

**U.44 – Odontología/estomatología:** unidad asistencial en la que un odontólogo o estomatólogo es responsable de realizar actividades profesionales encaminadas a la promoción de la salud bucodental, llevando a cabo la prevención, diagnóstico y tratamiento de las anomalías y enfermedades de los dientes, la boca, los maxilares y los tejidos anejos en el individuo y en la comunidad, así como la prescripción de medicamentos, prótesis y productos sanitarios en el ámbito de su ejercicio profesional.

**CENTRO:**

**NICA:**

**INSPECTOR ACTUANTE:**

**FECHA DE LA VISITA:**

**REPRESENTANTE DEL CENTRO PRESENTE EN LA VISITA:**

Nombre:

En calidad de:

Director técnico asistencial del centro, Nombre y titulación:

### TIPO DE SOLICITUD ADMINISTRATIVA DE ACTIVIDAD.

|                                      |  |                                             |  |
|--------------------------------------|--|---------------------------------------------|--|
| Autorización de funcionamiento (AF). |  | Renovación ®                                |  |
| Modificación oferta asistencial      |  | Modificación por alteraciones estructurales |  |
| Actividad programada (AP).           |  |                                             |  |

## INDICE

|                                                                                                               |    |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| CARTERA ASISTENCIAL .....                                                                                     | 3  |
| 1.- DERECHOS Y GARANTÍAS DE LOS PACIENTES. ....                                                               | 4  |
| 1.1.- DERECHO A LA INTIMIDAD.....                                                                             | 4  |
| 1.2.- DERECHO A LA INFORMACIÓN (ASISTENCIAL Y NO ASISTENCIAL) Y DOCUMENTACIÓN CLÍNICA.....                    | 5  |
| 1.3.- DERECHO A LA TOMA DE DECISIONES AUTÓNOMAS (CONSENTIMIENTO INFORMADO) 7                                  |    |
| 1.4.- DERECHO A LA PROTECCIÓN DE LA CONFIDENCIALIDAD DE LOS DATOS PERSONALES Y DE LA INFORMACIÓN CLÍNICA..... | 8  |
| 1.5.- DERECHO DE PARTICIPACIÓN DE LA CIUDADANÍA. ....                                                         | 10 |
| 1.6.- DERECHO A LA SEGURIDAD DEL PACIENTE.....                                                                | 11 |
| 2.- SEGURIDAD DEL PACIENTE.....                                                                               | 12 |
| 2.1.- IDENTIFICACIÓN INEQUÍVOCA DE LA PERSONA. ....                                                           | 12 |
| 2.2.- PREVENIR INFECCIONES RELACIONADAS CON LA ATENCIÓN SANITARIA. ....                                       | 12 |
| 2.3.- USO SEGURO DE LA MEDICACIÓN Y PRODUCTOS SANITARIOS.....                                                 | 14 |
| 2.4.- SEGURIDAD EN EL USO DE INFRAESTRUCTURAS Y EQUIPAMIENTO. ....                                            | 15 |
| 3.- ORGANIZACIÓN Y FUNCIONAMIENTO. ....                                                                       | 18 |
| 4.- PROCESO ASISTENCIAL.....                                                                                  | 19 |
| 5.- RESULTADOS. ....                                                                                          | 21 |
| 6.- EQUIPAMIENTO. ....                                                                                        | 21 |
| 6.1.- EQUIPAMIENTO GENERAL. ....                                                                              | 21 |
| 6.2.- EQUIPAMIENTO ESPECÍFICO. ....                                                                           | 22 |
| 7.- PERSONAL SANITARIO.....                                                                                   | 23 |
| 8.- REALIZACIÓN DE INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS FUERA DEL CENTRO. ....                                          | 25 |
| RELACIÓN DE DOCUMENTOS QUE DEBEN ESTAR DISPONIBLES DURANTE LA VISITA DE INSPECCIÓN.....                       | 30 |
| VERSIÓN DEL PROTOCOLO .....                                                                                   | 30 |

## CARTERA ASISTENCIAL

**CARTERA ASISTENCIAL / ACTIVIDAD ASISTENCIAL** (Servicios, técnicas, tecnologías y procedimientos) de cada una de las Unidades Asistenciales solicitadas.

|                                                                               | SI                       | NO                       |
|-------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| • Endodoncia.                                                                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Periodoncia.                                                                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Restauraciones.                                                             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Exodoncia.                                                                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Ortodoncia.                                                                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Cirugía bucal.                                                              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Cirugía periapical.                                                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Implantología                                                               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Implantes de tejido óseo humano (U.96) <sup>1</sup>                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Prótesis dentales (no incluye la fabricación de las mismas).                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Blanqueamiento dental.                                                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Plasma rico en plaquetas.                                                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Sedación consciente <sup>2</sup> . (Cumplimentar protocolo correspondiente) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Otros (especificar)                                                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

### OBSERVACIÓN:

<sup>1</sup> En este caso habrá que solicitar la autorización de funcionamiento extendida por la CATA.

<sup>2</sup> Los centros de **nueva creación** que empleen sedación consciente incluirán dicha actividad en la memoria descriptiva del centro que se adjunta a la solicitud de Autorización de Instalación, haciéndose constar la identidad de los profesionales que la llevan a cabo y la del profesional responsable de la misma.

**Los centros ya autorizados** que pretendan realizar actividades de sedación consciente deberán notificarlo al Servicio de la Delegación Territorial de Salud competente en materia de autorizaciones sanitarias, haciéndose constar la identidad de los profesionales encargados de la misma y la del profesional responsable.

## 1.- DERECHOS Y GARANTÍAS DE LOS PACIENTES.

En los Centros Sanitarios se debe garantizar el desarrollo efectivo de los derechos fundamentales de las personas que son atendidas, desde el primer contacto con el mismo, durante todo el recorrido del proceso asistencial, hasta su finalización. Derechos fundamentales como la intimidad, la confidencialidad, la información, la toma de decisiones, la negativa al tratamiento, etc. los cuales cuentan con una extensa base jurídica para su desarrollo, se constituyen como un eje básico de las relaciones clínico-asistenciales.

### 1.1.- DERECHO A LA INTIMIDAD.

En el Centro se garantiza el **derecho a la intimidad y privacidad de las personas**, tanto para facilitar la información como para la prestación de la atención sanitaria.

C.2.5.1.-U.44. DG.01

El Centro dispone de espacios y de recursos que permitan **la protección de la intimidad y de la privacidad** de la persona (**visual y auditiva**), que serán de dimensiones suficientes según la naturaleza del Centro y su volumen de actividad.

Para afirmarlo deberá:

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | SI                       | NO                       | NA                       |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>Cuenta con un área de recepción, información y/o atención a los usuarios, que debe disponer de espacio suficiente y de medidas estructurales y/o organizativas (sistema de separación, bandas de espere su turno, etc.) que permitan la privacidad y una atención individualizada, y está equipada con un pequeño almacén o archivo.</li> </ul> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                          |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>Dispone de <b>sala de espera</b> con capacidad y mobiliario adecuados que garanticen la confortabilidad de los usuarios.</li> </ul>                                                                                                                                                                                                             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                          |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>Cuenta con una <b>zona reservada</b> o habitáculo, con un nivel adecuado de intimidad, <b>para la información a los usuarios</b> y, en su caso a los familiares de estos. Esta zona puede corresponderse con la propia consulta o bien el Centro puede disponer de otro espacio destinado a tal fin (despacho, área habilitada,...).</li> </ul> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>Dispone de <b>consulta o despacho</b> profesional que permite llevar a cabo la atención sanitaria garantizando la intimidad de la persona. <b>Esta área se dedicará exclusivamente a la actividad terapéutica propia de estos centros.</b></li> </ul>                                                                                           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                          |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>El lugar donde se encuentran las <b>instalaciones</b> se sitúa preferentemente de forma independiente, y se encuentra aislado acústicamente.</li> </ul>                                                                                                                                                                                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                          |
| OBSERVACIONES:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                          |                          |                          |
| VERIFICACIÓN:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                          |                          |                          |

|                                                                                                                                                                               | SI                       | NO                       |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <p>C.2.5.1. – U.44. DG.02</p> <p>La distribución de los locales del centro y la ubicación de su equipamiento coincide con los planos a escala aportados en el expediente.</p> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| OBSERVACIONES:                                                                                                                                                                |                          |                          |

VERIFICACIÓN:

AF: Observación directa, comprobando la correspondencia entre los planos y las distintas zonas.

**1.2.- DERECHO A LA INFORMACIÓN (ASISTENCIAL Y NO ASISTENCIAL) Y DOCUMENTACIÓN CLÍNICA.**

Los Centros sanitarios y los profesionales que intervienen en la actividad asistencial están obligados no sólo a la correcta prestación de sus técnicas, sino al cumplimiento de los **deberes de información y de documentación clínica**, y al respeto de las decisiones adoptadas libre y voluntariamente por el paciente.

C.2.5.1.-U.44. DG.03

El Centro Sanitario difunde **información sobre su funcionamiento** (servicios y unidades asistenciales disponibles, cartera de servicios, cuadro de profesionales, horarios, ubicación, requisitos de acceso, etc.) así como otra información que considera de interés, ya sea en soporte papel o electrónico.

Para afirmarlo deberá:

|                                                                                                                                                                                                                        | SI                       | NO                       |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| • Cumplir la normativa de aplicación en materia de <b>Publicidad</b> (Real Decreto 1907/1.996, art. 5 del Decreto 69/2008). La publicidad debe ser acorde con el contenido de la autorización sanitaria <sup>1</sup> . | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • La publicidad se puede considerar como engañosa <sup>2</sup> .                                                                                                                                                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Se realiza publicidad y promoción comercial de productos, actividades o servicios con pretendida finalidad sanitaria                                                                                                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • En lugar destacado del área de recepción, figurar una <b>relación completa del personal sanitario del centro</b> , con expresión de la titulación profesional que ostenta <sup>3</sup> .                             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

OBSERVACIÓN:

**VERIFICACIÓN:**

<sup>1</sup> Se observará el texto de la publicidad prevista por el centro: la identificación exterior del centro, en la publicidad impresa que exista en el interior del centro, en folletos, en páginas webs, en vallas publicitarias, etc.

Comprobar si la publicidad que realiza es acorde a la cartera de servicios ofertada.

<sup>2</sup> La publicidad se considera engañosa:

A.- En relación con los servicios: que utilice o mencione medios diagnósticos, de prevención, curación, antisepsia o de cualquier otro tipo, de obligada u obvia necesidad o de uso generalizado para el desarrollo de la actividad; **que ofrezca garantía de los productos o de los tratamientos "de por vida"** o por plazos superiores a los que fueren razonables, según criterios científicos del momento.

B.- En relación con los tratamientos: que prometa determinados resultados o induzca a la creencia de que se va a producir determinado resultado, o que proporcione seguridades de alivio o de curación cierta; **que haga referencia al dolor en los tratamientos, o a la duración de los mismos; que haga referencia a tratamientos cuyos efectos preventivos o terapéuticos no estuvieran respaldados por suficientes pruebas científicas o técnicas acreditadas.**

<sup>3</sup> Real Decreto 1907/1996, de 2 de agosto, sobre publicidad y promoción comercial de productos, actividades o servicios con pretendida finalidad sanitaria.

**C.2.5.1.-U.44. DG.04**

La **identificación de los profesionales** debe permitir a los usuarios conocer al profesional que le atiende y al profesional de referencia en cada momento del proceso asistencial, así como identificar la categoría profesional y funciones desarrolladas.

Para afirmarlo:

|                                                                                                                                                                                                               | SI                       | NO                       | NA                       |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>La totalidad de los profesionales del Centro Sanitario, que facilitan información y/o prestan la asistencia, llevan <b>identificación personal visible</b>.</li> </ul> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| OBSERVACIÓN:<br>El NA sólo se aplica en consultas unipersonales.                                                                                                                                              |                          |                          |                          |
| VERIFICACIÓN:<br>AF, R y AP: Observación directa.                                                                                                                                                             |                          |                          |                          |

**C.2.5.1.-U.44. DG.05**

El Centro garantiza el **derecho a la información clínica** del paciente, información que como regla general será verbal, dejando **siempre constancia en la historia clínica** de la información obtenida en todos sus procesos asistenciales.

Para afirmarlo deberá:

|                                                                                                                                                                                                                                                                             | SI                       | NO                       | NA                       |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>Que quede constancia escrita o en soporte técnico de su proceso, guardando la información en su <b>historia clínica</b>. La información incluirá estado de salud y evolución, así como pruebas y tratamientos que recibe.</li> </ul> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                          |                          |  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Disponer la historia clínica de los <b>contenidos mínimos</b> <sup>1</sup> establecidos en el artículo 15.2 de la Ley 41/2002 de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente.</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Contar con un modelo de <b>Informe de Asistencia</b> para entregar a los pacientes, de forma que se asegure el derecho a recibir un informe clínico sobre las actuaciones sanitarias prestadas en el Centro.</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Recibir un <b>informe de alta</b> <sup>2</sup> al dar por finalizado el proceso asistencial.</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |  |
| <p><b>OBSERVACIONES:</b></p> <p><sup>1</sup> Los contenidos mínimos serán:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>d) La anamnesis y la exploración física.</li> <li>e) La evolución.</li> <li>f) Las órdenes médicas.</li> <li>g) La hoja de interconsulta.</li> <li>h) Los informes de exploraciones complementarias.</li> </ul> <p>Los párrafos b), c), i), j), k), l), ñ) y o) sólo serán exigibles en la cumplimentación de la historia clínica cuando se trate de procesos de hospitalización o así se disponga.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>i) El consentimiento informado.</li> <li>j) El informe de anestesia.</li> <li>k) El informe de quirófano.</li> <li>l) El informe de anatomía patológica..</li> <li>o) El informe clínico de alta.</li> </ul> <p><sup>2</sup> El Informe de Alta tendrá estos contenidos mínimos: datos de la persona, un resumen de su historial clínico, la actividad asistencial prestada, el diagnóstico y las recomendaciones terapéuticas.</p> |                          |                          |  |
| <p><b>VERIFICACIÓN:</b></p> <p>Para la revisión de las historias clínicas cumplimentar el anexo 2.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                          |                          |  |

### 1.3.- DERECHO A LA TOMA DE DECISIONES AUTÓNOMAS (CONSENTIMIENTO INFORMADO)

Los profesionales deben respetar el derecho de la **participación de las personas** en las tomas de decisiones sanitarias que les afecten. Asimismo, deben ofrecer una **información suficiente y adecuada** para que el paciente pueda ejercer su **derecho al consentimiento** sobre dichas decisiones.

#### C.2.5.1.-U.44. DG.06

El Centro promueve que sus profesionales faciliten una **información veraz, pertinente, suficiente, comprensible y adecuada a las necesidades** de la persona, sobre las actuaciones a realizar, ya sean para el diagnóstico como para el tratamiento y de las alternativas posibles, de forma que le permita participar en la decisión y elegir libremente con conocimiento. Se realiza con el paciente, un **proceso válido de información y obtención del consentimiento o rechazo** previo a la toma de decisiones clínicas.

Para afirmarlo deberá:

SI NO NA

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                          |                          |                          |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>Quedar registrado en la Historia Clínica de la persona, el <b>proceso verbal de Consentimiento Informado</b> (información facilitada y decisión tomada)<sup>1</sup>.</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>Disponer de <b>formularios de Consentimiento Informado por escrito (Cle)</b> sólo para las actuaciones sanitarias que establece la Ley 41/2002 básica de autonomía del paciente: intervención quirúrgica, procedimientos diagnósticos y terapéuticos invasores y en general para aplicación de procedimientos que suponen riesgos o inconvenientes de notoria y previsible repercusión negativa sobre la salud del paciente, siendo <b>específico</b> para cada una de estas actuaciones sanitarias.</li> </ul>                                                                                                                                                                                                               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                          |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>La <b>estructura de contenidos</b> de los formularios de Consentimiento Informado por escrito atiende a los preceptos establecidos en la Ley 41/2002 de 14 de noviembre, básica de autonomía del paciente (art. 8.3 y 10)<sup>2</sup></li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                          |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>Entregar al paciente una <b>copia del formulario</b> de Cle, quedando archivado el original en su Historia Clínica.</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                          |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>Dejar registrado en la Historia Clínica o en el formulario de Cle la <b>negativa al tratamiento</b>, en caso de rechazo por el paciente.</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                          |
| <b>OBSERVACIONES:</b><br><br><sup>1</sup> Solo es aplicable en centros en funcionamiento.<br><sup>2</sup> La estructura de contenidos establecidos incluye: nombre del procedimiento, parte destinada a la información clínica, identificación del paciente o su representante, identificación de los profesionales que intervienen en el proceso de información y/o consentimiento, riesgos generalizados y específicos personalizados, contraindicaciones y alternativas, parte destinada al consentimiento, para el rechazo de la intervención y para la <b>revocación del consentimiento</b> , firma del paciente o de representante, firma del facultativo y fecha y lugar de firma del formulario. (Orden de 8 de julio de 2009, BOJA núm.152 de 6 de agosto). |                          |                          |                          |
| <b>VERIFICACIÓN:</b><br><br>AF: Comprobar que los formularios de Cle tienen la estructura de contenidos establecidos.<br>R y AP: Comprobar en la historia clínica el registro de la toma de decisiones sanitarias (consentimiento o rechazo a tratamientos, pruebas, etc.). En caso de procedimientos quirúrgicos, se tomarán de intervenciones programadas, realizadas por diferentes profesionales y distintos diagnósticos, comprobándose si cuentan con CI escrito de procesos quirúrgicos y anestesia.                                                                                                                                                                                                                                                          |                          |                          |                          |

#### **1.4.- DERECHO A LA PROTECCIÓN DE LA CONFIDENCIALIDAD DE LOS DATOS PERSONALES Y DE LA INFORMACIÓN CLÍNICA.**

El Centro garantiza la **confidencialidad de la información y la protección de los datos personales de los pacientes**, haciendo un uso adecuado de los mismos, especialmente los contenidos en la documentación e Historia Clínica. Asimismo adoptarán las medidas oportunas para garantizar los **derechos de conservación, mantenimiento y custodia**, y elaborarán normas y procedimientos o protocolos que garanticen el **acceso legal a los datos** de los pacientes y a que nadie pueda acceder a ellos sin previa autorización amparada por la Ley.

C.2.5.1.-U.44. DG.07

El Centro **evita actuaciones que vulneren la confidencialidad** de las personas que son atendidas, especialmente la publicación de información personal no autorizada por los pacientes.

Para afirmarlo deberá:

SI NO

|                                                                                                                                                                                                                 |                          |                          |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>No exponer <b>listados de pacientes</b> en áreas (paredes, paneles, puertas, etc.) de recepción, consulta, exploración, diagnósticas, de tratamiento u otras.</li> </ul> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>No difundir <b>actos médicos fotografiados y/o filmados</b> que permitan la identificación de la persona sin su previo consentimiento expreso.</li> </ul>                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| OBSERVACIÓN:                                                                                                                                                                                                    |                          |                          |
| VERIFICACIÓN:                                                                                                                                                                                                   |                          |                          |
| R Y AP: Observación directa.                                                                                                                                                                                    |                          |                          |

C.2.5.1.-U.44. DG.08

El Centro tiene la **obligación de archivar la documentación y la historia clínica** de sus pacientes, cualquiera que sea el soporte (papel, audiovisual, informático o de otro tipo) de manera que queden garantizadas su seguridad, su correcta conservación y mantenimiento, y la recuperación de la información, a efectos de garantizar la trazabilidad.

Para afirmarlo deberá:

SI NO

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                          |                          |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>Disponer de <b>procedimiento protocolizado de uso de la historia</b> y adoptar las <b>medidas técnicas y organizativas</b> adecuadas para archivar y proteger la historia clínica, que permitan la localización de la misma, la trazabilidad y evitar su destrucción o su pérdida accidental (Ley 41/2002, de 14 de noviembre).</li> </ul> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>Disponer de un <b>sistema de archivo seguro</b> (espacio adecuado, de equipos y material de archivo, persona responsable) para la documentación e historia clínica.</li> </ul>                                                                                                                                                             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| OBSERVACIÓN:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                          |                          |
| VERIFICACIÓN:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                          |                          |
| <p>Comprobar que el procedimiento establecido contiene las medidas necesarias para dar respuesta a lo establecido en la normativa vigente.</p> <p>Si la documentación y la historia clínica se encuentra en formato papel, comprobar el sistema de archivo y el sistema de custodia, y especialmente si existe un responsable de ambos sistemas.</p>                              |                          |                          |

C.2.5.1.-U.44. DG.09

El Centro establece **métodos que posibilitan el acceso a la información e historia clínica** por los profesionales en el ejercicio de sus funciones y garantizando que no sea accesible a ninguna persona ajena al proceso de atención. Asimismo, el Centro garantiza el derecho de acceso de los pacientes a la información e historia clínica, y a obtener copia de los documentos y datos que figuran en ella, cumpliendo con las normas establecidas en la Ley 41/2002.

Para afirmarlo:

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | SI                       | NO                       | NA                       |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>Disponer de un <b>procedimiento/protocolo de protección de la confidencialidad</b> que regule y garantice la observancia de estos derechos de <b>uso y acceso</b> a la información e historia clínica y a <b>obtener copia</b> de los documentos y datos que figuren en ella, tanto en lo relacionado con los profesionales como con los pacientes y familiares/representantes.</li> </ul> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                          |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>Cuando se utilicen <b>equipos informáticos</b> para recoger y almacenar datos de salud de los pacientes cuentan con <b>accesos restringidos</b>.</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| OBSERVACIÓN:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                          |                          |                          |
| VERIFICACIÓN:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                          |                          |                          |

### 1.5.- DERECHO DE PARTICIPACIÓN DE LA CIUDADANÍA.

En los Centros sanitarios, los usuarios tienen derecho a la información sobre **guías/fórmulas de participación, sugerencias, quejas y reclamaciones**. El tener en cuenta la opinión de los pacientes constituye un importante instrumento para mejorar. Las opiniones expresadas en quejas, reclamaciones, sugerencias, encuestas de satisfacción son una fuente imprescindible para recoger una valiosa información, que posibilita adoptar medidas de mejora, evitar errores y en resumen, aumentar la calidad asistencial y la satisfacción de los usuarios.

C.2.5.1.-U.44. DG.10

El Centro establece **procedimientos y sistemas** para garantizar el efectivo desarrollo de estos preceptos.

Para afirmarlo deberá:

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | SI                       | NO                       |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>Disponer de <b>hoja de quejas y reclamaciones</b> de las personas usuarias de Andalucía, establecido en el Decreto 82/2022 de 17 de mayo.</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>Tener establecido un <b>procedimiento para la gestión de las reclamaciones</b> que contemple circuitos, plazos, informes y responsables de los mismos; designa la persona en que recae la responsabilidad del análisis y respuesta de las reclamaciones realizadas y establece un mecanismo de implantación de acciones de mejora o correctivas en su caso y la difusión de estas a los profesionales del Centro.</li> </ul> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>Contar con un <b>procedimiento para verificar la satisfacción del usuario</b>: encuestas y/o cuestionarios de satisfacción, buzón de quejas y sugerencias.</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| OBSERVACIÓN:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                          |                          |

El Centro debe garantizar la seguridad del paciente desarrollando actuaciones que la incrementen, con el propósito de eliminar el daño evitable del paciente durante su atención.

El Centro garantiza una **segura identificación de los pacientes** antes de ser atendidos, especialmente previa a la realización de procedimientos diagnósticos y/o terapéuticos, o antes de la administración de medicamentos y hemoderivados.

| C.2.5.1.-U.44. SP.01                                                                                                                                                                                                                                                                      |                          |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>El Centro aplica medidas para la <b>identificación inequívoca de la persona</b> (dos códigos identificativos diferentes: nombre y apellidos, fecha de nacimiento y/o DNI) en la recepción y/o contacto con el paciente.</li> </ul>                 | <input type="checkbox"/> |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>Dispone de un <b>sistema de registro de pacientes</b>, en el que deben constar estos datos, además de su filiación, fecha, hora y profesional sanitario que le atendió, permitiendo garantizar la trazabilidad de la atención prestada.</li> </ul> | <input type="checkbox"/> |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>Deja constancia de estos datos identificativos en toda <b>documentación</b> (solicitudes de pruebas complementarias, informes, etc.) y/o <b>historia clínica</b> del paciente.</li> </ul>                                                          | <input type="checkbox"/> |
| OBSERVACIÓN:                                                                                                                                                                                                                                                                              |                          |
| VERIFICACIÓN:                                                                                                                                                                                                                                                                             |                          |
| <p>AF, R y AP: Solicitar un documento o protocolo que establezca los procedimientos y circuitos que se deben implementar para la identificación inequívoca de los pacientes, pudiendo estar incluidos en la descripción de los procesos, en su caso.</p>                                  |                          |

El Centro identifica actuaciones o procesos, **incluidas las curas**, que suponen **riesgo de infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria**, e incorpora procedimientos y recomendaciones dirigidas a modificar la práctica y facilitar la disminución de ese riesgo.

Se llevan a cabo medidas generales de **higiene de manos** y uso correcto de guantes. (El centro aplica la estrategia multimodal de la Organización Mundial de la Salud para mejorar el cumplimiento de las recomendaciones sobre la higiene de las manos.)

Para afirmarlo deberá:

|                                                                                                                                                                                                                                                                  | SI                       | NO                       |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"><li>• Disponer de <b>infraestructuras y recursos</b> en materia de higiene de manos siempre en relación a la actividad que se desarrolla: lavabo, agua corriente, productos de base alcohólica, jabón, toallas, etc.</li></ul> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <ul style="list-style-type: none"><li>• El área de exploración y/o tratamiento disponer de los dispositivos adecuados y de los elementos de higiene de manos necesarios para garantizar una correcta asepsia.</li></ul>                                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

OBSERVACIÓN:

VERIFICACIÓN:

AF, R y AP: Existencia y aplicación de un protocolo específico de higiene de manos y uso correcto de guantes o que esté recogido en un protocolo general.

C.2.5.1.-U.44. SP.03

Se aplican **normas de asepsia y antisepsia** en las áreas, unidades o servicios que lo requieran, y se desarrollan medidas para la **prevención y control de infecciones en el área determinada**.

Para afirmarlo deberá:

SI NO NA

|                                                                                                                                                                                          |                          |                          |                          |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| • Dispone de <b>protocolo para la prevención de las infecciones</b> , que debe incluir las recomendaciones para la profilaxis quirúrgica en los casos que se desarrolle dicha actividad. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|

OBSERVACIONES:

VERIFICACIÓN:

AF, R y AP: Existencia de un protocolo de preparación preoperatoria del paciente o en su caso, si se encuentra incluido dentro del protocolo general del proceso.

SI NO

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                          |                          |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| C.2.5.1.-U.44. SP.04                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                          |                          |
| El centro utiliza <b>material sanitario o instrumental no desechable</b> .                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| En caso afirmarlo deberá:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                          |                          |
| • Contar con un espacio diferenciado para el <b>área de esterilización</b> .                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Disponer de <b>Protocolo de limpieza, desinfección y esterilización del material reutilizable</b> , que garantiza un triple sistema de validación mediante controles físicos, químicos y biológicos. El protocolo incluirá necesariamente la organización de la actividad, los métodos, los productos utilizados, el listado de elementos a limpiar y esterilizar, la periodicidad, el sistema de registro de la actividad y las responsabilidades del personal. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • El protocolo está validado por la dirección del centro u órgano competente.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Haber un <b>profesional sanitario responsable</b> del proceso de esterilización. Se constatará su nombre y categoría profesional.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Disponer de <b>equipo y sustancia para desinfección</b> del instrumental.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Disponer de limpiador ultrasónico de instrumental o sistema equivalente que evite la limpieza a mano del instrumental.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Disponer de <b>autoclave a vapor</b> dotada de controles de tiempo, de temperatura y de presión.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Realizar y registrar los <b>controles físicos</b> (tiempo, temperatura y presión) en cada carga (gráfica-registro digital).                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Realizar y registrar los <b>controles químicos</b> que deben ser diarios, antes de la puesta en marcha.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Realizar y registrar los <b>controles biológicos</b> que cuenta con la fecha, registro de nº de carga, resultado de la lectura, operario. Al menos una vez a la semana, y en todo caso, tras cada reparación del autoclave.                                                                                                                                                                                                                                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Constar la <b>fecha y firma</b> de la persona responsable de esos registros.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

|                                                                                                                                                                 |                          |                          |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| • Constar la <b>fecha de esterilización y de caducidad</b> en el embolsado del material esterilizado.                                                           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Para el reprocesamiento de material reutilizable sensible al calor, disponer de métodos alternativos de desinfección de alto nivel (especificar qué método).  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Disponer de <b>protocolos de desinfección del sistema de aspiración y de limpieza del gabinete dental</b> entre paciente y paciente y al terminar la jornada. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Disponer de <b>protocolos sobre desinfección de las prótesis dentales</b> , pruebas de las mismas, aparatos de ortodoncia y cubetas de impresión.             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| OBSERVACIÓN:                                                                                                                                                    |                          |                          |
| VERIFICACIÓN:                                                                                                                                                   |                          |                          |
| AF: solicitar protocolos e identificación del personal responsable.                                                                                             |                          |                          |
| R y AP: solicitar protocolos, comprobar registro de los controles e identificación del personal responsable.                                                    |                          |                          |

#### Comprobación de una limpieza manual.

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | SI                       | NO                       | NA                       |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| • Se comprobara el tipo de guantes empleados en la limpieza manual del material <sup>(1)</sup> . También si se emplean mascarar y gafas de protección.                                                                                                                                                                                                                                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                          |
| • Comprobar cómo se prepara el agua con detergente a concentración y temperatura adecuada. <sup>(2)</sup>                                                                                                                                                                                                                                                                                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                          |
| • Comprobar cómo se ha realizado el secado después de haber realizado la limpieza.                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                          |
| • Comprobar, una vez empaquetado el material, que se identifica la fecha de esterilización con rotulador blando en la cara plástica de la bolsa o fuera del termosellado en la cara de papel.                                                                                                                                                                                                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                          |
| • Comprobar si se esteriliza el motor de implante entre paciente y paciente y se registra.                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| OBSERVACIONES:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                          |                          |                          |
| VERIFICACIÓN:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                          |                          |                          |
| <sup>1</sup> Tienen que utilizarse guantes de uso domestico y no de látex.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                          |                          |                          |
| <sup>2</sup> Para la concentración se seguirán las recomendaciones del fabricante y la temperatura no debe sobrepasar los 450. El agua para la limpieza manual debe estar tibia, ya que el agua caliente favorece la coagulación de las proteínas y el agua fría solidifica a los lípidos presentes en los contaminantes. Esto dificultaría la limpieza, por lo que no deben ser utilizadas. |                          |                          |                          |
| <sup>3</sup> El secado de las superficies externas debe realizarse con paños de papel o textil absorbentes que no desprendan residuos.                                                                                                                                                                                                                                                       |                          |                          |                          |

### 2.3.- USO SEGURO DE LA MEDICACIÓN Y PRODUCTOS SANITARIOS.

El Centro fomenta el **uso responsable y seguro del medicamento y productos sanitarios** por los profesionales, a fin de evitar posibles problemas relacionados con el mismo.

**VERIFICACIÓN:**

Si el centro dispusiera de un sistema de hoja de quejas y reclamaciones diferente al establecido por la Junta de Andalucía, destacarlo en el informe.

AF: solicitar los diversos documentos a los que hacen referencia los puntos anteriores y analizar si los contenidos de los procedimientos se adecuan a lo establecido.

R y AP: Se comprobará que además de las hojas de quejas y reclamaciones en soporte papel, dispone de las hojas de quejas y reclamaciones en formato electrónico a disposición de las personas consumidoras y usuarias, y la aplicación del procedimiento establecido para la resolución de las reclamaciones mediante el estudio de las reclamaciones existentes, en el año en curso.

Se comprobará si se evalúan periódicamente las quejas, reclamaciones y las encuestas de satisfacción y si se han producido cambios en la unidad como consecuencia de la implantación de medidas correctoras derivadas de esa evaluación.

**1.6.- DERECHO A LA SEGURIDAD DEL PACIENTE.**

El Centro y sus profesionales deben garantizar que el paciente esté libre de daño durante su estancia en el Centro y en el proceso de atención sanitaria, incorporando medidas y prácticas relacionadas con la **seguridad del paciente**.

**C.2.5.1.-U.44. DG.11**

El Centro sanitario es un **Centro libre de humo de tabaco**. El Centro garantiza la protección a sus usuarios del efecto dañino del tabaco durante su estancia en el mismo, cumpliendo con la normativa en vigor y ejerciendo un papel de modelo para la ciudadanía ante el consumo de tabaco.

Para afirmarlo deberá:

|                                                                                                                                                                                 | SI                       | NO                       |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>Disponer de <b>carteles</b> que prohíban el consumo de tabaco en el Centro, establecidos por la normativa antitabaco vigente.</li> </ul> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>OBSERVACIÓN:</b>                                                                                                                                                             |                          |                          |
| <b>VERIFICACIÓN:</b>                                                                                                                                                            |                          |                          |
| AF, R y AP: Observación directa.                                                                                                                                                |                          |                          |

C.2.5.1.-U.44. SP.05

Establece medidas e implanta **buenas prácticas** para conseguir un uso más adecuado, eficiente y seguro del medicamento y productos sanitarios.

Para afirmarlo deberá:

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | SI                       | NO                       |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>Disponer de un <b>protocolo de uso adecuado de los antibióticos</b> en la práctica odontológica. Cumplimentar Anexo 3 de este protocolo.</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>Disponer de un <b>espacio adecuado y seguro</b> destinado al <b>almacenamiento de los medicamentos y productos sanitarios</b>, con una capacidad acorde a las necesidades del Centro y que permita su correcta identificación, clasificación, conservación, control y dispensación. <sup>1</sup></li> </ul>                                                                                                                                                                                                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>Disponer de un <b>procedimiento de control de la caducidad y condiciones</b> (de acceso, ubicación, de conservación, temperatura, cantidades, etc.) de los medicamentos y productos utilizados y/o almacenados (material fungible, medicamentos, vacunas, reactivos, prótesis, etc.).</li> </ul>                                                                                                                                                                                                              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>OBSERVACIÓN:</b><br><br><sup>1</sup> Los medicamentos y/o sustancias estupefacientes o psicotrópicas se almacenarán separadamente de los demás medicamentos y productos sanitarios.<br>Para medicamentos o productos sanitarios termolábiles que precisen el mantenimiento de la cadena de frío para su conservación, deberá disponer de un frigorífico específico para su conservación (separado físicamente de alimentos y otros productos), equipado con <b>termómetro de máximas y mínimas y registro de temperaturas máximas y mínimas</b> . |                          |                          |
| <b>VERIFICACIÓN:</b><br><br>AF: Solicitar procedimiento.<br>R y AP: comprobar registro de caducidad y hacer un muestreo aleatorio de las caducidades en los medicamentos existentes.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                          |                          |

## 2.4.- SEGURIDAD EN EL USO DE INFRAESTRUCTURAS Y EQUIPAMIENTO.

El Centro establece las medidas necesarias y realiza actuaciones en sus instalaciones, infraestructuras y equipamiento a fin de garantizar la seguridad en su uso y mantenimiento.

C.2.5.1.- U.44. SE.01

El Centro realiza un correcto mantenimiento de las **condiciones higiénico sanitarias** precisas en sus locales, instalaciones y equipos.

Para afirmarlo:

|                                                                                                                                                                                                                                                                          | SI                       | NO                       |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>Existe <b>Protocolo de limpieza y desinfección de locales e instalaciones y del equipamiento general</b>, y contrato de prestación del servicio (salvo que se acredite que se realiza con medios propios)<sup>1</sup>.</li> </ul> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**OBSERVACIÓN:**

<sup>1</sup> El protocolo incluirá necesariamente la organización de la actividad, los métodos, los productos, el listado de instalaciones a limpiar y desinfectar, la periodicidad, sistema de registro de la actividad, las responsabilidades del personal, las indicaciones y las actuaciones en caso de vertidos o derrames, así como, normas y circuito para la eliminación de basuras y material sucio.

**VERIFICACIÓN:**

En centros en funcionamiento, existen **registros actualizados** de estas actividades periódicas de limpieza y desinfección de locales, y registros actualizados de las actividades periódicas de limpieza, desinfección y/o esterilización de los equipos sanitarios.

|                                                                                                                                                                    | SI                       | NO                       |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| C.2.5.1.- U.44. SE.02<br>La actividad del Centro genera <b>residuos peligrosos</b> de origen sanitario.                                                            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>En caso afirmativo</b> se comprobará que:                                                                                                                       |                          |                          |
| • Existe <b>Protocolo de identificación, clasificación y gestión interna de residuos sanitarios</b> que garantice su adecuada retirada y/o eliminación.            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Dispone de un <b>contenedor de residuos sanitarios</b> de acuerdo con la cartera de servicios del Centro.                                                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Si se tratan de <b>residuos peligrosos</b> , se acreditará que se ha contratado la cesión de los mismos a un gestor autorizado por la Agencia de Medio Ambiente. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>OBSERVACIÓN:</b>                                                                                                                                                |                          |                          |
| Los residuos punzantes y cortantes que hayan estado en contacto con fluidos corporales, con independencia de su origen, se consideran residuos peligrosos.         |                          |                          |
| <b>VERIFICACIÓN:</b>                                                                                                                                               |                          |                          |
| AF, R Y AP: Observación directa del contenedor y solicitar contrato con la empresa encargada de realizar la retirada de residuos.                                  |                          |                          |

C.2.5.1.- U.44. SE.03

**Amalgama dental** (Reglamento UE 2017-852 sobre el mercurio (modificación reglamento 1102-2008))

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | SI                       | NO                       | NA                       |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| • Se está utilizando amalgama en el tratamiento de dientes de leche, de niños menores de 15 años y de mujeres embarazadas o en periodo de lactancia <sup>1</sup> (solo podrá usarse, en estos casos, cuando el dentista lo considere estrictamente necesario en función de las necesidades médicas específicas del paciente). | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                          |
| • La amalgama dental ¿se usa en forma de capsulas pre-dosificadas <sup>2</sup> ?                                                                                                                                                                                                                                              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Si el centro utiliza amalgama dental o retiran empastes dentales de amalgama o dientes que contienen esos empastes ¿tiene <b>separadores de amalgama</b> para retener y recoger sus partículas, incluidas las contenidas en el agua usada?                                                                                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Estos separadores garantizan un nivel de retención, de cómo mínimo, el 95% de las partículas de amalgama.                                                                                                                                                                                                                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                          |                          |                          |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>Las capsulas y los separadores de amalgama cumplen con la normativa europea u otras normas (nacionales o internacionales) equivalentes de calidad y retención.</li> </ul>                                                                                                                                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>El centro garantiza que los residuos de amalgama, incluidos los restos, las partículas y los empastes de amalgama, y los dientes o partes de estos contaminados por la amalgama dental son tratados y recogidos por un establecimiento o empresa de gestión de residuos autorizado<sup>3</sup>.</li> </ul> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                          |
| OBSERVACIONES:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                          |                          |                          |
| <sup>1</sup> No puede utilizarse en esas edades.<br><sup>2</sup> Los dentistas tienen prohibido el uso de mercurio a granel.<br><sup>3</sup> Esta completamente prohibido su liberación al medio ambiente, bajo ninguna circunstancia.                                                                                                            |                          |                          |                          |
| VERIFICACIÓN:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                          |                          |                          |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | SI                       | NO                       |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| C.2.5.1.- U.44. SE.04<br>El centro dispone de <b>equipos electromédicos</b> .                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>En caso afirmativo</b> se comprobará que:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                          |                          |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>Existe un <b>censo/inventario de equipos electromédicos</b> con los siguientes datos: Código de Inventario interno alfanumérico, para la identificación de los mismos, marca, modelo y nº de serie, marcado CE o certificado de conformidad, fabricante/distribuidor, fecha de compra/fecha de instalación, garantía, servicio técnico (documentación), mantenimiento preventivo/técnico legal, servicio/sección/planta al que está asignado.</li> </ul> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>Dispone de un plan de <b>mantenimiento de los equipos y un registro</b> de los mismos, en el que queda registrado: fecha de la revisiones periódicas así como de las calibraciones, o de los accidentes y averías, tipo de control o reparación efectuada, resultado del control o reparación, medidas correctoras adoptadas en su caso e identificación del técnico responsable o empresa responsable.</li> </ul>                                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>Dispone de los <b>manuales de utilización y mantenimiento de cada uno de los equipos</b> (debiendo estar redactado, al menos, en castellano).</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| OBSERVACIÓN:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                          |                          |
| VERIFICACIÓN:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                          |                          |
| AF, R y AP: Se comprobara la existencia del mencionado censo, con sus distintos epígrafes.<br>R y AP: Ver registro, así como seleccionar uno de los equipos al azar y comprobar documentalmente el mantenimiento preventivo y técnico.                                                                                                                                                                                                                                                          |                          |                          |

|                                                                                                                                                                                                | SI                       | NO                       |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| C.2.5.1.- U.44. SE.05<br>El Centro cuenta con <b>instalaciones de radiaciones ionizantes</b> .                                                                                                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>En caso afirmativo</b> se constata que:                                                                                                                                                     |                          |                          |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>Están inscritas en el <b>"Registro de instalaciones de RX de diagnóstico médico"</b> adscrito al órgano competente de la Junta de Andalucía.</li> </ul> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| OBSERVACIÓN:                                                                                                                                                                                   |                          |                          |
| VERIFICACIÓN:                                                                                                                                                                                  |                          |                          |

### 3.- ORGANIZACIÓN Y FUNCIONAMIENTO.

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | SI                       | NO                       |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| C.2.5.1.-U.44. OF.01<br>El centro dispone del documento denominado " <b>Cartera de Servicios</b> " la cual se define como el conjunto de técnicas, tecnologías o procedimientos, entendiendo por tales cada uno de los métodos y recursos basados en el conocimiento y experimentación científica, mediante los que se hacen efectivas las prestaciones sanitarias. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| OBSERVACIÓN:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                          |                          |
| VERIFICACIÓN:<br>AF: Solicitar el documento de la cartera de servicios<br>R y AP: solicitar la cartera de servicios y comprobar que se encuentra actualizada.                                                                                                                                                                                                       |                          |                          |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | SI                       | NO                       |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| C.2.5.1.-U.44. OF.02<br>Dispone de la <b>declaración de conformidad</b> a que se refieren el artículo 16 y el anexo VIII del Real Decreto 1591/2009, de 16 de octubre, por el que se regulan los productos sanitarios, y de la <b>tarjeta identificativa</b> del producto y las instrucciones de conservación y funcionamiento. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| OBSERVACIÓN:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                          |                          |
| VERIFICACIÓN:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                          |                          |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | SI                       | NO                       | NA                       |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| C.2.5.1.-U.44. OF.03<br>Dispone el fabricante proveedor de implantes osteointegrables de la preceptiva <b>Declaración CE</b> (certificación Europea) <b>de Conformidad del Sistema completo de Garantía de Calidad</b> (excepto examen del diseño del producto), aplicado en la fabricación y control final de los implantes dentales. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| OBSERVACIONES:<br>Directiva 93/42/CEE, modificada por al Directiva 2007/47/CE y Real Decreto 1591/2009, de 16 de octubre, relativos a los productos sanitarios (Anexo II excepto sección 4).                                                                                                                                           |                          |                          |                          |
| VERIFICACIÓN:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                          |                          |                          |

|                                                                                                                  | SI                       | NO                       |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| C.2.5.1.-U.44. OF.04<br><b>Documento de prescripción</b> de prótesis dental emitida por el facultativo dentista. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| OBSERVACIÓN:<br>El Consejo de Dentistas dispone de un modelo de formulario de prescripción de prótesis dentales. |                          |                          |

**VERIFICACIÓN:**

El documento debe disponer de los datos del facultativo prescriptor, el nombre del paciente y del tipo de prótesis dental o producto sanitario dental a medida a fabricar con sus datos técnicos o indicadores, que sean adecuados para transferir la información necesaria para la fabricación.

**4.- PROCESO ASISTENCIAL.**

Mediante la gestión por procesos, el Centro puede mejorar, ser más eficiente y adaptarse a las necesidades de los usuarios. Con este propósito, el Centro identifica y define los procesos claves que afectan a la prestación de la actividad asistencial.

**C.2.5.1.- U.44. PA.01**

El Centro adopta las **medidas organizativas y procedimentales** necesarias para el desarrollo correcto de su actividad clínico asistencial.

Para afirmarlo deberá:

|                                                                                                                                                                                                           | SI                       | NO                       |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| • Dispone de acceso a <b>Protocolos Asistenciales</b> de sociedades científicas de los procesos claves de los servicios que oferta, así como, de las exploraciones y técnicas de tratamiento que efectúa. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Dispone de un <b>protocolo preoperatorio para el tratamiento de pacientes que toman anticoagulantes orales.</b>                                                                                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Facilita información escrita con instrucciones postoperatorias que refleja claramente que hacer o a donde ir si surge una complicación en el domicilio.                                                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Dispone de <b>Protocolos de urgencias y emergencias más frecuentes</b> , basados en la evidencia científica y en los medios disponibles y regularmente actualizados.                                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Dispone de <b>Protocolo</b> que contemple el traslado de enfermos, en caso de situaciones urgentes, a otros centros para su tratamiento.                                                                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**OBSERVACIÓN:**

**VERIFICACIÓN:**

Comprobar que en los protocolos están asignadas las responsabilidades, son **revisados y actualizados periódicamente**, y están a disposición de los profesionales del Centro.

**C.2.5.1.- U.44. PA.02**

El Centro garantiza la atención de urgencias al disponer de los **medios básicos para la aplicación de las técnicas de Soporte Vital Básico y de medicación de urgencias.**

La **dotación mínima** al respecto deberá ser:

|                                                                                                                                                                                                               | SI                       | NO                       |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| • Tubos orofaríngeos (Guedel) de diferentes tamaños.                                                                                                                                                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Unidad de ventilación artificial: Bolsa autoinflable 3-5 litros, válvula y mascar facial transparente, provista de bordes almohadillados que faciliten el sellado hermético: en tamaños de adultos y niños. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

|                                                                                                                                                                                                                                       |                          |                          |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| • Equipo de oxígeno, al menos con una botella de oxígeno comprimido, con caudalímetro manorreductor y sistema de aspiración, permitiendo de forma simultánea e independiente la administración de oxígeno y la función de aspiración. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Mascarillas de oxígeno con FIO <sub>2</sub> regulable.                                                                                                                                                                              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Tubo de goma para conexión mascarilla-caudalímetro.                                                                                                                                                                                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Unidad compuesta de fonendoscopio y esfigmomanómetro.                                                                                                                                                                               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Sistema de gotero, catéter intravenoso, jeringas y agujas.                                                                                                                                                                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>Medicamentos.</b>                                                                                                                                                                                                                  |                          |                          |
| • Adrenérgicos solución inyectable.                                                                                                                                                                                                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Atropina                                                                                                                                                                                                                            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Antihistamínicos de uso sistémico por vía parenteral.                                                                                                                                                                               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Glucocorticoides por vía parenteral.                                                                                                                                                                                                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Nitratos orgánicos por vía sublingual.                                                                                                                                                                                              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Benzodiacepinas por vía parenteral.                                                                                                                                                                                                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Suero glucosado y salino.                                                                                                                                                                                                           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Monodosis de glucosa.                                                                                                                                                                                                               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| OBSERVACIÓN:<br>Estos medicamentos podrán ser sustituidos por sus bioequivalentes y las presentaciones han de ser las adecuadas para su uso en caso de urgencias.                                                                     |                          |                          |
| VERIFICACIÓN:<br>AF: Comprobar que disponen de todo el material relacionado.                                                                                                                                                          |                          |                          |

|                                                                                                                                                                                       | SI                       | NO                       |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| C.2.5.1.- U.44. PA.03<br>El centro conoce cómo <b>notificar las enfermedades de declaración obligatoria</b> , según lo establecido en el Decreto 66/1996 y sus Órdenes de desarrollo. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| OBSERVACIÓN:                                                                                                                                                                          |                          |                          |
| VERIFICACIÓN:<br>AF, R y AP: Se recabará el protocolo sobre el sistema de notificación y comprobar si disponen de algún modelo de declaración.                                        |                          |                          |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                    | SI                       | NO                       |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| C.2.5.1.- U.44. PA.04<br>En la prescripción de medicamentos, utiliza el modelo de <b>receta privada</b> establecido en el Real Decreto 1718/2010 de 17 de diciembre.                                                                                                               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| OBSERVACIÓN:                                                                                                                                                                                                                                                                       |                          |                          |
| VERIFICACIÓN:<br>Comprobar que se utiliza para su emisión el modelo existente en la plataforma única de prescripción que ha sido desarrollada, por el Consejo de Dentistas o en su defecto tiene un modelo propio que cumple los requisitos establecidos en la normativa en vigor. |                          |                          |

## 5.- RESULTADOS.

C.2.5.1.- U.44. R.01

El Centro dispone de un **sistema de monitorización** (cuadro de mandos, objetivos, indicadores, etc.) de los resultados asistenciales (datos de actividad, tiempos de respuesta, satisfacción usuarios, quejas y reclamaciones, etc.)

Para afirmarlo, se comprobará:

|                                                                             | SI                       | NO                       |
|-----------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| • Existe un <b>programa de monitorización de resultados asistenciales</b> . | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| OBSERVACIÓN:                                                                |                          |                          |
| VERIFICACIÓN:                                                               |                          |                          |

C.2.5.1.- U.44. R.02

El Centro analiza los resultados y se establecen **medidas de mejora** en aquellos resultados que no alcanzan los objetivos propuestos.

Para afirmarlo, se constatará:

|                                                                                                                      | SI                       | NO                       |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| • La existencia de documento/informe sobre las medidas de mejora implantadas en relación a los resultados evaluados. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| OBSERVACIÓN:                                                                                                         |                          |                          |
| VERIFICACIÓN:                                                                                                        |                          |                          |

## 6.- EQUIPAMIENTO.

### 6.1.- EQUIPAMIENTO GENERAL.

El centro debe contar con:

C.2.5.1.-U.44. E.01

**Elementos de higiene personal.** La dotación mínima al respecto será (Anexo II del Decreto 416/1994):

|                                                                    | SI                       | NO                       |
|--------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| • Detergente liquido en dosificador.                               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Toallas de papel desechables.                                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Batas o uniformes.                                               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Sustancia antimicrobiana.                                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| OBSERVACIÓN:                                                       |                          |                          |
| VERIFICACIÓN:                                                      |                          |                          |
| AF, R y AP: Se comprobará mediante visualización del equipamiento. |                          |                          |

C.2.5.1.-U.44. E.02  
**Elementos de seguridad e higiene.** La dotación mínima al respecto será (Anexo II del Decreto 416/1994):

|                                                                                                                                                                         | SI                       | NO                       |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>Elementos de protección personal tales como gafas protectoras, guantes, mascarillas, protectores oculares o faciales.</li> </ul> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| OBSERVACIÓN:                                                                                                                                                            |                          |                          |
| VERIFICACIÓN:                                                                                                                                                           |                          |                          |
| AF, R y AP: Se comprobará mediante visualización del equipamiento.                                                                                                      |                          |                          |

## 6.2.- EQUIPAMIENTO ESPECÍFICO.

Según la oferta de servicios deberán disponer de los siguientes elementos:

C.2.5.1.-U.44. E.03  
**Equipamiento y mobiliario de las salas de consulta.** La dotación mínima al respecto será:

|                                                                                                                                                                                   | SI                       | NO                       |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>Sillón odontológico dotado de foco de luz de, al menos 1000 lúmenes, con escupidor y sistema de aspiración.</li> </ul>                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>Lavamanos de porcelana o acero inoxidable dotado de agua corriente.</li> </ul>                                                             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>Cubo clínico y demás recipientes para la clasificación de los desechos clínicos y tóxicos.</li> </ul>                                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>Mobiliario para el almacenamiento de instrumental en condiciones adecuadas.</li> </ul>                                                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>Sistema de aspiración, quirúrgico y de saliva.</li> </ul>                                                                                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>Equipo dental con módulos de turbina, micromotor y jeringa con funciones de agua, aire y spray.</li> </ul>                                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>Dispositivo de visualización de imágenes diagnósticas.</li> </ul>                                                                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>Instrumental de mano, en número suficiente para poder atender a las medidas de esterilización entre un paciente y el siguiente.</li> </ul> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>Limpiador ultrasónico de instrumental o sistema equivalente que evite la limpieza a mano del instrumental.</li> </ul>                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| OBSERVACIÓN:                                                                                                                                                                      |                          |                          |
| VERIFICACIÓN:                                                                                                                                                                     |                          |                          |
| AF, R y AP: Se comprobará mediante visualización del equipamiento.                                                                                                                |                          |                          |

|                                                                                                                                | SI                       | NO                       |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| C.2.5.1.-U.44. E.04<br>En la <b>oferta de servicios se incluye la realización de implantes.</b> En caso afirmativo dispone de: | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>Motor de implantes.</li> </ul>                                                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>Caja de implantes.</li> </ul>                                                           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| OBSERVACIÓN:                                                                                                                   |                          |                          |

**VERIFICACIÓN:**

AF, R y AP: Comprobar la existencia de dicho material.

|                                                                                                                                               | SI                       | NO                       |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| C.2.5.1.-U.44. E.05<br><b>Ha concertado el centro con la Consejería de Salud la asistencia dental infantil.</b>                               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| En caso afirmativo dispone de:                                                                                                                |                          |                          |
| • Aparato de ultrasonidos para tartrectomías.                                                                                                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Lámpara de polimerización con una sola función, regulación de baja tensión con temporizador, lámpara de 120 W y conexión a la red de 220 V. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Equipo de radiodiagnóstico para la realización de radiografías intraorales.                                                                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>OBSERVACIÓN:</b>                                                                                                                           |                          |                          |
| <b>VERIFICACIÓN:</b>                                                                                                                          |                          |                          |
| AF, R y AP: Se comprobará mediante visualización del equipamiento.                                                                            |                          |                          |

|                                                                                                          | SI                       | NO                       |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| C.2.5.1.-U.44. E.06<br>El equipamiento del centro coincide con el relacionado en la Memoria Descriptiva. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>OBSERVACIÓN:</b>                                                                                      |                          |                          |
| <b>VERIFICACIÓN:</b>                                                                                     |                          |                          |

**7.- PERSONAL SANITARIO.**

|                                                                                                                                               | Número                   |                          |                          |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| C.2.5.1.-U.44. PS.01<br>Número de odontólogos/estomatólogos/cirujanos maxilofaciales <b>estables</b> que realizan actividad en el Centro.     |                          |                          |                          |
| Número de odontólogos/estomatólogos/cirujanos maxilofaciales <b>ocasionales</b> que realizan actividad en el Centro y actividad que realizan. |                          |                          |                          |
|                                                                                                                                               | SI                       | NO                       | NA                       |
| • Implantes.                                                                                                                                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Ortodoncias.                                                                                                                                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Cirugía oral.                                                                                                                               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>OBSERVACIONES:</b>                                                                                                                         |                          |                          |                          |
| <b>VERIFICACIÓN:</b>                                                                                                                          |                          |                          |                          |

|                                                                                            | SI                       | NO                       |
|--------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| C.2.5.1.-U.44. PS.02<br>¿Coincide el personal del centro con el aportado en el expediente? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>OBSERVACIÓN:</b>                                                                        |                          |                          |
| <b>VERIFICACIÓN:</b>                                                                       |                          |                          |
| AF, R y AP: Comprobar si coincide el personal del centro con el dado de alta en SICESS.    |                          |                          |

En caso negativo relacionar el personal que no coincide y que tienen que dar de alta en el SICESS.

| DNI | Apellidos y nombre | Titulación |
|-----|--------------------|------------|
|     |                    |            |
|     |                    |            |
|     |                    |            |
|     |                    |            |
|     |                    |            |
|     |                    |            |

Relacionar el personal que figure en SICESS y que ya no presta sus servicios en el centro.

| DNI | Apellidos y nombre | Titulación |
|-----|--------------------|------------|
|     |                    |            |
|     |                    |            |
|     |                    |            |
|     |                    |            |
|     |                    |            |
|     |                    |            |

|                                                                                                                                                                   | SI                       | NO                       |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| C.2.5.1.-U.44. PS.03<br>El profesional está acreditado en Soporte Vital Básico y al menos cada dos años ha realizado un curso de RCP para revisión de protocolos. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| OBSERVACIÓN:                                                                                                                                                      |                          |                          |
| VERIFICACIÓN:<br>AF, R y AP: comprobar fecha del último curso de RCP realizado.                                                                                   |                          |                          |

|                                                                                                                                                                                                                                    | SI                       | NO                       |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| C.2.5.1.-U.44. PS.04<br>La consulta y/o clínica <b>estará necesariamente organizada, gestionada y atendida directa y personalmente por uno o varios odontólogos o estomatólogos</b> (Art. 9.1 D.416/1194 y Art. 3 R.D. 1594/1994). | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| OBSERVACIÓN:                                                                                                                                                                                                                       |                          |                          |
| VERIFICACIÓN:                                                                                                                                                                                                                      |                          |                          |

**8.- REALIZACIÓN DE INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS FUERA DEL CENTRO.**

|                                                                                                                                                                                                         | SI                       | NO                       |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| C.2.5.1.- U.44. IQ.01<br>En la oferta asistencial del centro se contempla que las intervenciones quirúrgicas se realizan en hospitales o centros quirúrgicos diferentes al centro objeto de inspección. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| OBSERVACIÓN:                                                                                                                                                                                            |                          |                          |
| VERIFICACIÓN:                                                                                                                                                                                           |                          |                          |

|                                                                                                                                                                   | SI                       | NO                       | NA                       |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| C.2.5.1.- U.44. IQ.02<br>Se ha aportado <b>copia del contrato/acuerdo con el hospital o centro quirúrgico</b> donde se realizaran las intervenciones quirúrgicas. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| OBSERVACIÓN:                                                                                                                                                      |                          |                          |                          |
| VERIFICACIÓN:                                                                                                                                                     |                          |                          |                          |

## ANEXO 1

### ACTIVIDAD DEL CENTRO.

| Relación de actividades del año anterior.                                      | Número |
|--------------------------------------------------------------------------------|--------|
| Número de pacientes a los que se les han realizado implantes.                  |        |
| Número de pacientes a los que se les ha realizado extracciones cordales        |        |
| Número de pacientes sometidos a tratamientos de ortodoncias.                   |        |
| Número de pacientes a los que se le ha aplicado sedación con óxido nitroso.    |        |
| Número total de asistenciaes realizadas a pacientes adultos.                   |        |
| Número total de asistenciaes prestadas a población infantil ( $\leq 14$ años). |        |

## ANEXO 2

### HISTORIAS CLÍNICAS.

### SEGURIDAD DEL PACIENTE POR ÁREAS DE RIESGO.

Área de errores en documentos clínicos, en la información y en la derivación de pacientes.

| Comprobación en 10 historias clínicas                                                                                                                                                                                             | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|
| Figuran los antecedentes clínicos del paciente.                                                                                                                                                                                   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |
| Se ha cumplimentado la existencia o no de <b>alergias a medicamentos</b> .                                                                                                                                                        |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |
| Se ha cumplimentado la toma de otros fármacos.                                                                                                                                                                                    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |
| En caso de tratarse de una mujer en edad fértil, se registra la posibilidad de estar embarazada o en periodo de lactancia.                                                                                                        |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |
| Se registra el medicamento prescrito por el profesional, su posología y la duración del tratamiento.                                                                                                                              |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |
| Están presentes los consentimientos informados bien cumplimentados.                                                                                                                                                               |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |
| Se anota el procedimiento empleado en la asistencia.                                                                                                                                                                              |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |
| Se anota el profesional que realiza el procedimiento (si procede).                                                                                                                                                                |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |
| Se emite un informe de alta del proceso quirúrgico.                                                                                                                                                                               |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |
| <b>En caso de realizar implantes:</b>                                                                                                                                                                                             |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |
| El implantólogo realiza un informe quirúrgico/asistencia por cada intervención recogiendo los implantes realizados.                                                                                                               |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |
| Una vez colocada la prótesis sobre implante se emite un informe "fin de proceso", que contiene los aspectos asistenciales fundamentales y los datos que permitan la identificación inequívoca de los implantes y de las prótesis. |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |
| Está incluida la información relativa a la identidad del implante dental (pegatina).                                                                                                                                              |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |
| <b>Si se emplea sedación con óxido nítrico queda constancia de:</b>                                                                                                                                                               |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |
| Los medicamentos utilizados y dosis: % de óxido nítrico y de oxígeno.                                                                                                                                                             |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |
| Hora de inicio y de finalización de la sedación.                                                                                                                                                                                  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |
| Identificación, fecha y firma de los responsables de la intervención y de la sedación.                                                                                                                                            |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |

**OBSERVACIÓN:**

Se solicitarán 10 historias clínicas, 5 de odontología general (de las cuales 2 deben de ser de pacientes infantiles), 3 de implantes y 2 de extracción de cordales. En el supuesto de emplear sedación con óxido nitroso se deberán solicitar 3 historias clínicas, de entre las 10 seleccionadas, en las que se emplee esta técnica. En el caso de no realizar implantes se sustituirán por historias de odontología general.

**Nota: cumplimentar con SI/NO/ NP.**

### ANEXO 3

*El Consejo Oficial de Colegios de Dentistas de Andalucía ha firmado un convenio de colaboración con la Consejería de Salud, el convenio **PIRASOA**, para extender el programa a todos sus colegiados. En la guía de referencia del programa PIRASOA para los tratamientos antibióticos en infecciones extrahospitalarias, figura un capítulo titulado "Tratamiento de infecciones bucales y odontógenas".*

*Para conocer la situación actual del uso de los antibióticos en las consultas dentales, solicitamos la cumplimentación por parte del odontólogo de la siguiente tabla: informe sobre el tipo de tratamiento antibiótico, la pauta y duración respecto de los procesos que a continuación se detallan, **no siendo obligatorio el uso de los mismos en todos los casos.***

| Procesos                                                         | ¿Está indicado tratamiento antibiótico? | Antibiótico de elección. | Pauta y duración del antibiótico. |
|------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|--------------------------|-----------------------------------|
| Pulpitis SIN signos de infección.                                |                                         |                          |                                   |
| Pulpitis CON signos de infección.                                |                                         |                          |                                   |
| Absceso periapical SIN signos de infección.                      |                                         |                          |                                   |
| Absceso periapical CON signos de infección.                      |                                         |                          |                                   |
| Periodontitis y gingivitis ulcerativa necrotizantes.             |                                         |                          |                                   |
| Periodontitis crónica.                                           |                                         |                          |                                   |
| Absceso periodontal SIN manifestaciones sistémicas de infección. |                                         |                          |                                   |
| Absceso periodontal CON manifestaciones sistémicas de infección. |                                         |                          |                                   |
| Pericoronaritis.                                                 |                                         |                          |                                   |
| Periimplantitis.                                                 |                                         |                          |                                   |
| Profilaxis antibiótica antes de realizar un implante.            |                                         |                          |                                   |

**RELACIÓN DE DOCUMENTOS QUE DEBEN ESTAR DISPONIBLES DURANTE LA VISITA DE INSPECCIÓN.**

|                                                                                                        |       |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|
| 1. Publicidad del centro.                                                                              | DG.03 |
| 2. Modelo de historia clínica.                                                                         | DG.05 |
| 3. Modelo de informe de alta.                                                                          | DG.05 |
| 4. Formularios de consentimientos informados, (SP).                                                    | DG.06 |
| 5. Procedimiento para archivar y proteger la historia clínica.                                         | DG.08 |
| 6. Procedimiento de protección de la confidencialidad y acceso a la historia clínica, si procede (SP). | DG.09 |
| 7. Procedimiento para la gestión de las reclamaciones.                                                 | DG.10 |
| 8. Registro de pacientes.                                                                              | SP.01 |
| 9. Protocolo de higiene de manos y uso correcto de guantes.                                            | SP.02 |
| 10. Protocolo para la prevención de infecciones, (SP).                                                 | SP.03 |
| 11. Protocolo de esterilización, (SP).                                                                 | SP.04 |
| 12. Registro de los controles de esterilización, (SP).                                                 | SP.04 |
| 13. Registro de control de la caducidad de los medicamentos, (SP).                                     | SP.05 |
| 14. Protocolos de limpieza y desinfección de locales e instalaciones y del equipamiento general.       | SE.01 |
| 15. Protocolo de gestión de residuos, (SP).                                                            | SE.02 |
| 16. Censo de los equipos electromédicos, (SP).                                                         | SE.03 |
| 17. Plan de mantenimiento de los equipos, (SP).                                                        | SE.03 |
| 18. Inscripción en el registro de instalaciones de Rx, (SP).                                           | SE.04 |
| 19. Cartera de servicios del centro.                                                                   | OF.01 |
| 20. Documento de prescripción de prótesis dentales.                                                    | OF.04 |
| 21. Protocolos asistenciales.                                                                          | PA.01 |
| 22. Procedimiento de notificación de enfermedades de declaración obligatoria.                          | PA.03 |
| 23. Modelo de receta privada, (SP).                                                                    | PA.04 |
| 24. Acreditación en SVB y en RCP, (SP).                                                                | PS.02 |
| 25. Contrato con el hospital o centro quirúrgico, (SP).                                                | IQ.02 |

**VERSIÓN DEL PROTOCOLO**

| Versión | Fecha        | Actualizaciones realizadas                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|---------|--------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 3       | Octubre 2018 | Se modifica la redacción del DG.03 al añadir dos nuevos epígrafes referentes a la publicidad.<br>Se modifica el DG.09 al suprimirse la obligación de notificar los ficheros de datos a la APD.<br>Se suprime el punto SE.01 y se da una nueva numeración a los SE.02, 03, 04 y 05 que pasan a denominarse respectivamente SE.01, 02, 03, 04. |
| 4       | Enero 2019   | Se suprimen los puntos OF.02 y OF.03 y se da una nueva numeración a los sucesivos.                                                                                                                                                                                                                                                           |
| 5       | Marzo 2019   | Se introduce un nuevo epígrafe SE.03 referente a la amalgama dental.                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| 6       | Agosto 2022  | Se actualiza en DG.10 la referencia normativa de las reclamaciones y el nuevo logotipo de la Consejería.                                                                                                                                                                                                                                     |

