INSTRUCCIONES: Coloque una X según corresponda de acuerdo a lo solicitado.		
Favor de no dejar espacios sin llenar.		
La información que usted proporcione será confidencial y con fines estadísticos	s.	
1.Fecha	-	
2.Folio del centro de Diálisis		
aaaa mm dd		
3. Nombre del centro de Diálisis		
	1	
L DATOC ACCOLADOS AL DROCEDIMIENTO FOLLIDO	-	NI-
I.DATOS ASOCIADOS AL PROCEDIMIENTO-EQUIPO	Si	No
5Rehusan los dializadores		
6.Utiliza aguja arterial estéril para realizar la hemodiálisis		
7El paciente se dializa extramuros IMSS		
7. El padione de dializa extramares inice		
8 El paciente ha cambiado de centro de diálisis en el último año		
9Utiliza material desechable en todos sus procedimientos		
-		
Si la respuesta es "No" ,porque		
10 Les pasientes quenten con caralagía entes de ingresar el progrema de diálicia		
10.Los pacientes cuentan con serología antes de ingresar al programa de diálisis		
11. Vigila el funcionamiento de las máquinas de hemodiálisis a su cargo, así como la calidad y pureza del agua.		
40 Martina and Channa de desinferación. La seferación de barro difficienda que de		
12.Mantiene en 6 horas de desinfección la máquina de hemodiálisis después de cada sesión antes de ingresar al siguiente paciente		
40 Families al économistration de la familia		
13.Fumiga el área con soluciones bactericidas y plaguicidas una vez al mes 14. Asea las superficies del mobiliario y equipo con detergente y desinfecta con hipoclorito		
al término de la jornada		
II.FACTORES RELACIONADOS CON EL PERSONAL DE SALUD		
	Si	No
15El personal de salud ha recibido la vacuna de hepatitis		
16. El personal emplea metódicamente técnicas de aislamiento y las medidas		
preventivas a pacientes sero-negativos y sero-positivos simultáneamente.		
