

Declaración Jurada para Habilitación de Laboratorios
COLEGIO DE BIOQUIMICOS DE LA PROVINCIA DE SALTA



Nombre del Laboratorio: _____

Nombre y MP del/los Director/es Técnico/s: _____

Propietario/s. si se tratare de una sociedad deberá agregar, el nombre de la empresa y adjuntar acta de constitución: _____

Nombre del Centro Médico: _____

Tipo de análisis que procesa: _____

DEBE EXHIBIR TÍTULO PROFESIONAL

Domicilio del Laboratorio: _____

Localidad: _____

Código Postal: _____

Teléfono fijo: _____ Tel. celular: _____

Mail: _____

Sitio web: _____

Ubicación del Laboratorio (marcar con una x)

Independiente	☐
Policonsultorio	☐
Clínica	☐

Días y Horarios de atención

Días

Mañana

Tarde

Horario corrido

Domicilios

SI	NO	(tachar lo que no corresponde)
----	----	--------------------------------

SI	NO
----	----

Carteles: identificar con SI ó NO según corresponda y colocar las medidas. Especificar lugar de ubicación

Placa identificatoria : _____

Cartel: _____

Placa mural: _____

DERIVACIÓN DE MUESTRAS:

IMPORTANTE: Se deben adjuntar los certificados de Derivación a la presente Declaración jurada.

Las constancias de derivación de muestras deberán ser renovadas cada 6 meses.

Consignar lab. de derivación y tipo de muestras:

a) _____

b) _____

c) _____

Las constancias de derivación y los resultados deben ser archivados en el laboratorio al menos 5 años.

Es receptor de muestras?:

SI	NO
----	----

El Laboratorio receptor de muestras deberá:

A) Poseer registro de recepción de muestras

B) Poseer archivo de resultados de muestras recepcionadas

C) Adjuntar a la presente DDJJ nomina de laboratorios derivantes especificando tipo de muestras.

Extintor de fuego tipo ABC

Fecha de vencimiento:

Ubicación:

Manual de residuos patógenos _____

Nº de inscripción en el Registro de Pequeños Generadores _____

Si no cuenta con Registro de inscripción, detallar brevemente modalidad de descarte: _____

PLANTA FÍSICA



Importante:

Zona de lavado con pileta y con conexión a agua corriente y desagüe a red cloacal.

Paredes revocadas y pintadas en su totalidad e impermeabilizadas hasta un alto no menor a 1,80 mt.

Ventilación adecuada y buena luz natural y artificial.

Superficie total del laboratorio (es la suma de todas las dependencias del lab.):

Sup. Del Sector de procesamiento (Medidas mínimas estipuladas: 6 m², con un ancho mínimo de 2 mt.):

Superficie de las mesadas (Med. Min. 3 m², distribuidas en 1 o más mesadas, 5 m x 0,60 cm):

Material impermeable de las mesadas (especificar):

Tiene Bajo mesadas?:

Tiene Estantes sobremesada:

Tiene Sanitarios independientes? Cuantos?:

Tiene sanitarios compartidos con el centro asistencial? Cuantos?:

Sala de extracción independiente

Superficie _____ Sup. Min. 1,5 m², con altura no menor a 2,30 m

Boxes (cantidad) _____

Usa consultorio adyacente como box para toma de muestras?:

Equipamiento (marcar con x)

Mesa carro con material adecuado para extracciones:

Camilla (para exudados vaginales):

Apoya-brazo:

Material descartable y/o de vidrio:

Area administrativa Independiente de zona de trabajo: especificar ubicación y medidas:

Informes: modalidad (marcar con una x)

Soporte informático:

Computadora:

Impresora:

Archivo de resultados:

Instrucciones escritas para los pacientes:

Determinaciones que procesa Especificar

1)	12)
2)	13)
3)	14)
4)	16)
5)	17)
6)	18)
7)	19)
8)	20)
9)	21)
10)	22)
11)	23)

Reactivos Todos los reactivos declarados deben encontrarse en su envase original, constando fecha de vencimiento.

Especificar

1)	12)
2)	13)
3)	14)
4)	16)
5)	17)
6)	18)
7)	19)
8)	20)
9)	21)
10)	22)
11)	23)

Equipamiento (Debe consignar marca-modelo y numero de serie de cada equipo)

En el caso de no contar con un equipo debe dejar en blanco el apartado.

Todos los aparatos declarados deben encontrarse en funcionamiento.

Los equipos no deben estar declarados en otro laboratorio.

Los equipos y elementos declarados deben estar ubicados óptimamente para una mejor funcionalidad del laboratorio.

Debe contar con las instalaciones electricas en optimas condiciones y adecuadas para los equipos en existencia.

Cuando el equipo no tenga numero de serie, debe consignar en el apartado "N° de serie", la MP del propietario.



Equipo	Marca		Modelo		N° de Serie
Microscopio					
Microscopio					
Espectrofotómetro					
Centrifuga					
Centrifuga					
Microcentrifuga					
Microcentrifuga					
Heladera					
Pipetas automáticas					
Pipetas automáticas					
Pipetas automáticas					
Reloj alarma					
Cronómetro					
Baño termostatzado					
Cuenta con Tubos con gel o acelerador	Si		No		

Area Bacteriología	Marca		Modelo		N° de Serie
Estufa de cultivo					
Balanza gran.o analítica					
Estufa de esterilización					
Autoclave o simil					

COMPLEMENTARIOS	Marca		Modelo		N° de Serie
Freezer					
Microscopio de inmunofluorescencia					
Agitador p/serología					
Aparato para ionogramas:					
Fuente de poder					
cuba p/electroforesis					
Contador hematológico					
Autoanalizador químico					
Autoanalizador p/inmunoanálisis					
Aparato de Gases en sangre					
OTROS EQUIPOS A DECLARAR	Marca		Modelo		N° de Serie

RECURSO HUMANO



Los bioquímicos del staff profesional deben estar matriculados y debe constar el certificado que lo acredite, entre los documentos del laboratorio.

El Bioquímico con Dedicación Exclusiva solo puede ejercer su profesión en la dependencia donde este habilitado.

No debe haber superposición horaria en el ejercicio profesional, tanto en el ámbito público como privado.

Bioquímicos	MP	Días y hora que cumple en el laboratorio	Lugar y hora que cumple en área pública u otro lab. privado

GUARDIAS

Bioquímicos	M.P	Guardias Pasivas/activas	días	horario

Técnicos o Auxiliares de Laboratorio	D.N.I	MP	Días y hora que cumple

MAESTRANZA

Apellido y Nombre	D.N.I

PUBLICIDAD: para realizar publicidad del laboratorio o su staff profesional, la misma deberá ajustarse a la normativa vigente y ser previamente autorizada por el Consejo Directivo del CBS.

DECLARO QUE LOS DATOS CONSIGNADOS EN PAGINAS 1 a 5, SON VERDADEROS Y RESPONDEN FIELMENTE A LA REALIDAD ACTUAL DEL LABORATORIO BAJO MI DIRECCION TECNICA.

FIRMA DIRECTOR TECNICO
ACLARACION
D.N.I
MP N°

FIRMA DIRECTOR TECNICO
ACLARACION
D.N.I
MP N°

ANEXO Para ser completado por autoridades del Colegio de Bioquimicos de la Provincia de Salta

Declaracion Jurada recibida el dia: _____
Aceptada en reunion de Consejo Directivo ACTA N° _____
Laboratorio habilitado en fecha _____ según consta en ACTA N° : _____

INSPECCIÓN POR:

- a) **Habilitación:** _____
- b) **Cambio de domicilio de laboratorio(consignar antigua direccion):** _____
- c) **Cambio de DT (consignar DT saliente):** _____
- d) **Relevamiento:** _____
- e) **Inspeccion por control:** _____
- f) **otros (especificar motivos)** _____

Los Profesionales designados para realizar la inspección observan, FECHA Y HORA _____

Firma Prof. Inspector
M.P

Firma Prof. Inspector
M.P

Firma , Aclaracion, MP y DNI del inspeccionado

Firma
Secretario CBS



Firma
Presidente CBS