



***Centro Cardio-Neuro Oftalmológico y Trasplante
(CECANOT)***
TERMINOS DE REFERENCIA PARA EL PROCESO DE COMPRA MENOR
UNIDAD OPERATIVA DE COMPRAS Y CONTRATACIONES

<i>No. EXPEDIENTE</i>
<i>CECANOT-DAF-CM-2022-0078</i>
<i>NOMBRE</i>
ADQUISICIÓN DE MATERIALES GASTABLES DE IMPRESIÓN.

*Santo Domingo, Distrito Nacional
República Dominicana*

Objeto del Requerimiento.

*Este documento responde a las Especificaciones técnicas para participar en el Procedimiento de COMPRA MENOR para **ADQUISICION DE MATERIALES GASTABLES DE IMPRESIÓN**, ver a continuación especificaciones técnicas solicitadas:*

Ficha Técnica

Item	Cantidad	Unidad de medida	Descripción
1	100	UD	BLOCK SOLICITUD DE MEDICAMENTOS Y MATERIALES PARA PACIENTE DE HEMODIALISIS, UN ORIGINAL Y DOS COPIAS UNA ROSADA Y UNA AZUL, EN NCR, 8 ½ X 11.
2	10	UD	LIBRO FORMULARIO DE ENTRADA Y SALIDA DE EXPEDIENTES 11X17 DE 500 PÁGINAS.
3	10	UD	LIBRO REGISTRO DE PROCEDIMIENTOS ANESTÉSICO 8 ½ X 11 DE 500 PÁGINAS.
4	200	UD	BLOCK DE CHEQUEO PREQUIRURGICO TIRO Y RETIRO (BLANCO Y NEGRO)
5	5	UD	LIBRO DE INGRESO Y EGRESO DE ENFERMERÍA
6	200	UD	BLOCK CONS. INF P/R CIRUGÍA DE PTERIGION A COLOR 8 ½ X 13
7	200	UD	BLOCK CONS. INF P/R REALIZAR PROCEDIMIENTOS INVASIVO MEDIANTE LA INYECCION INTRAVITREO DE AVASTIN(BEVACIZUMAB) 8 ½ X 13 A COLOR.
8	250	UD	BLOCK ORDEN MEDICA UN ORIGINAL Y UNA COPIA EN NCR 8 ½ X 11
9	250	UD	BLOCK DE NOTAS DE ENFERMERA 8 ½ X 11 BLANCO Y NEGRO TIRO Y RETIRO
10	50	UD	BLOCK SOLICITUD PARA MEDICAMENTOS Y MATERIALES PARA PACIENTE CARDIOVASCULAR UN ORIGINAL Y DOS COPIAS EN NCR 8 ½ X 13
11	200	UD	BLOCK REPORTE DE DIETA DE PACIENTES INGRESADOS UN ORIGINAL Y UNA COPIA EN NCR 8 ½ X 11 HORIZONTAL

12	100	UD	BLOCK DEPARTAMENTO DE GLAUCOMA HOJA DE CONTROL (BLANCO Y NEGRO)
13	50	UD	BLOCK DEPARTAMENTO DE HEMODINAMIA TIRO Y RETIRO (BLANCO Y NEGRO)
14	100	UD	BLOCK FORMULARIO P/R SOLICITUD DE VACACIONES (BLANCO Y NEGRO)
15	500	UD	BLOCK CONTROL DE CITA CON 4 ½ X 2 ½ HORIZONTAL (BLANCO Y NEGRO) CON EL NÚMERO DE TELÉFONO
16	150	UD	BLOCK DEPARTAMENTO DE GLAUCOMA PROTOCOLO QUIRÚRGICO TIRO Y RETIRO (BLANCO Y NEGRO)

IMPORTANTE : VER EL ARTE DE LOS IMPRESOS SOLICITADOS EN EL REGLÓN "ANEXOS" DEL PRESENTE DOCUMENTO.

Entrega de muestra

- Los interesados en participar en el proceso deben presentar su muestra el día **MIÉRCOLES 23 /03/2022** en horario de 9:00 am hasta las 11:00 am. Los oferentes que no envíen la muestra serán descalificados del proceso.
- Las muestras serán recibidas en la unidad de Compras y Contrataciones de CECANOT.
- Las muestras deben ser productos similares a los establecidos en la ficha técnica.
- Deberán presentar el Formulario de Entrega de Muestras.
- No se considerarán válidas las Ofertas Técnicas de aquellos productos de los que no se hayan recibido las muestras correspondientes.
- Las muestras no serán devueltas.

Presentación de la Propuesta

Los oferentes deberán presentar sus propuestas, dentro de los plazos previstos en el cronograma, a través del Portal Transaccional de Compras y Contrataciones, o de manera física de lunes a viernes en horario de 8:30 am a 3:30 pm, en un sobre cerrado y rotulado que posea la seguridad apropiada, para garantizar la confidencialidad de estas hasta el momento de su apertura. Los sobres deberán contar con las siguientes inscripciones y ser depositados en la dirección que se indica más adelante.

NOMBRE DE LA ENTIDAD CONTRATANTE: Centro Cardio-Neuro Oftalmológico y Trasplante (CECANOT)

DIRECCIÓN: Calle Federico Velázquez no. 1, María Auxiliadora, Santo Domingo, Distrito Nacional (4to. Piso Departamento de Compras y Contrataciones).

PRESENTACIÓN: Credenciales, Oferta Técnica y Oferta económica

REFERENCIA: CECANOT-DAF-CM-2022-0078

NOMBRE DEL OFERENTE:

Datos de la Cotización

Las cotizaciones presentadas por los oferentes deben contener los siguientes datos:

1. Numero de RNC
2. Numero de Proveedor del Estado (RPE)
3. ITBIS transparentado
4. Descripción correcta del bien y/o servicio
5. Marca de los artículos ofertados
6. Condición de pago

7. Tiempo de Entrega
8. Garantía de calidad de los bienes cotizados.
9. Monto con dos (2) decimales xx.xx
10. Valores expresados en RD

Forma de Pago

Crédito 60 Días

Tiempo de entrega

Inmediata.

Transportación

Transporte incluido

Procedimiento de Selección.

La presente contratación se realizará por Compra Menor en etapa única.

Capacidad para ofertar.

Toda persona natural o jurídica, nacional o extranjera que haya adquirido las **especificaciones técnicas**, tendrá derecho a participar en la presente **COMPRA MENOR**, siempre y cuando reúna las condiciones exigidas y no se encuentre afectada por el régimen de prohibiciones establecido en la ley 340-06.

A) Para personas jurídicas

- 1) Registro de Proveedores del Estado Actualizado
- 2) Copia del Certificado de Registro Mercantil actualizado.
- 3) Constancia de estar al día en sus obligaciones fiscales y de seguridad social.

B) Para personas físicas

- 1) Estar inscritos en el Registro de Proveedores del Estado
- 2) Copia de la Cédula de Identidad y Electoral del solicitante.
- 3) Constancia de estar al día en sus obligaciones fiscales y de seguridad social.

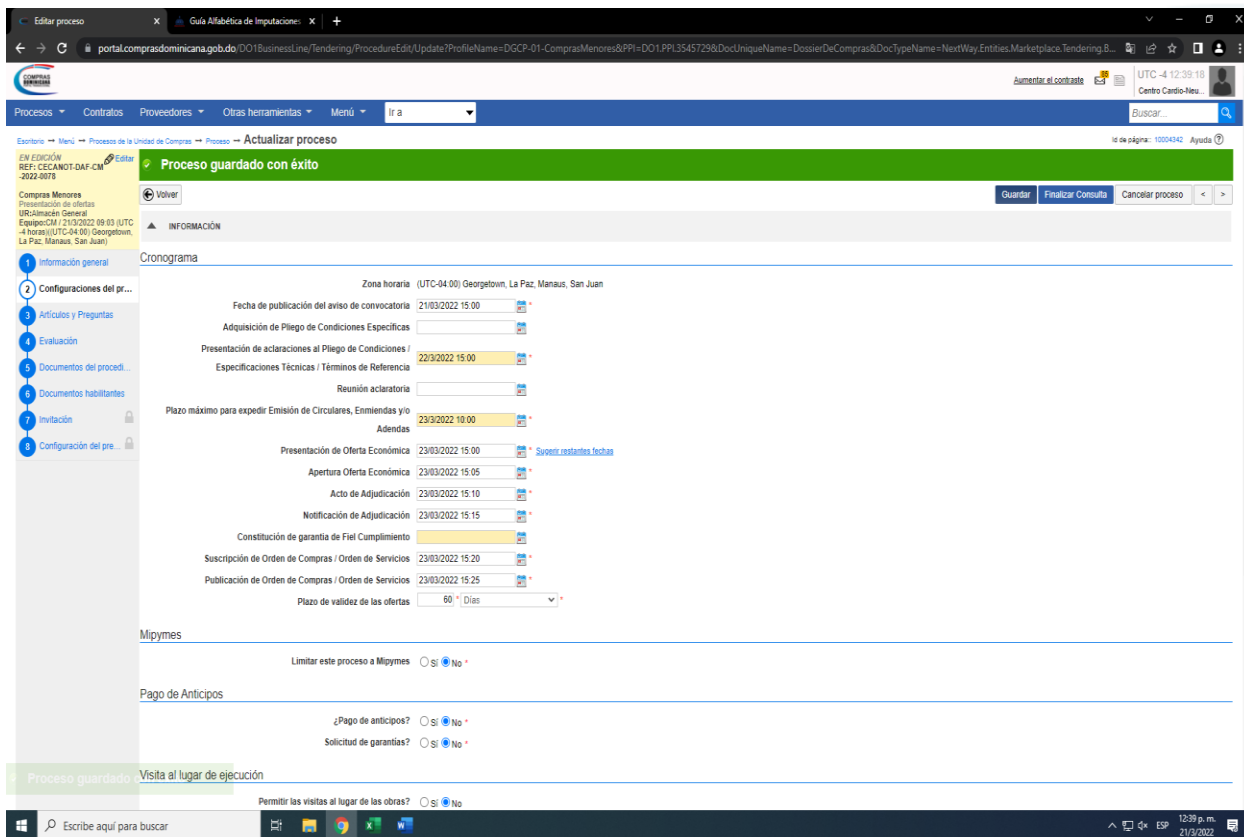
Consultas, circulares y enmiendas

Los interesados podrán solicitar al CECANOT aclaraciones acerca de las Fichas Técnicas, hasta la fecha que coincida con el **CINCUENTA POR CIENTO (50%)** del plazo para la presentación de las Ofertas. Las consultas las formularán los Oferentes, sus representantes legales, o agentes autorizados por escrito, dirigidas a la Unidad Operativa de Compras y Contrataciones dentro del plazo previsto, quien se encargará de obtener las respuestas conforme a la naturaleza de esta.

- Dirección de correo electrónico: Jorge.ortiz@cecanot.com.do

La Unidad Operativa de Compras y Contrataciones para dar respuestas a tales consultas, deberá emitir circulares aclaratorias. Dichas circulares deberán ser emitidas solo con las preguntas y las respuestas, sin identificar quien consultó, en un plazo no más allá de la fecha que signifique el **SETENTA Y CINCO POR CIENTO (75%)** del plazo previsto para la presentación de las Ofertas y deberán ser notificadas a todos los Oferentes que hayan adquirido el Pliego de Condiciones Específicas y publicadas en el portal institucional y en el administrado por el Órgano Rector.

Cronograma de actividades



Proceso guardado con éxito

Información

Cronograma

Zona horaria (UTC-04:00) Georgetown, La Paz, Managua, San Juan

Fecha de publicación del aviso de convocatoria	21/03/2022 15:00
Adquisición de Pliego de Condiciones Específicas	
Presentación de aclaraciones al Pliego de Condiciones / Especificaciones Técnicas / Términos de Referencia	22/3/2022 15:00
Reunión aclaratoria	
Plazo máximo para expedir Emisión de Circulares, Enmiendas y/o Adendas	23/3/2022 10:00
Presentación de Oferta Económica	23/03/2022 15:00
Apertura Oferta Económica	23/03/2022 15:05
Acto de Adjudicación	23/03/2022 15:10
Notificación de Adjudicación	23/03/2022 15:15
Constitución de garantía de Fiel Cumplimiento	
Suscripción de Orden de Compras / Orden de Servicios	23/03/2022 15:20
Publicación de Orden de Compras / Orden de Servicios	23/03/2022 15:25
Plazo de validez de las ofertas	60 * Días

Mipymes

Limitar este proceso a Mipymes ☐ Si ☒ No

Pago de Anticipos

¿Pago de anticipos? ☐ Si ☒ No

Solicitud de garantías? ☐ Si ☒ No

Proceso guardado [Visita al lugar de ejecución](#)

Permitir las visitas al lugar de las obras? ☐ Si ☒ No

Criterios de Evaluación

Las Propuestas deberán contener la documentación necesaria, suficiente y fehaciente para demostrar los siguientes aspectos que serán verificados bajo la modalidad **“CUMPLE/ NO CUMPLE”**:

Elegibilidad: Que el Proponente está legalmente autorizado para realizar sus actividades comerciales en el país.

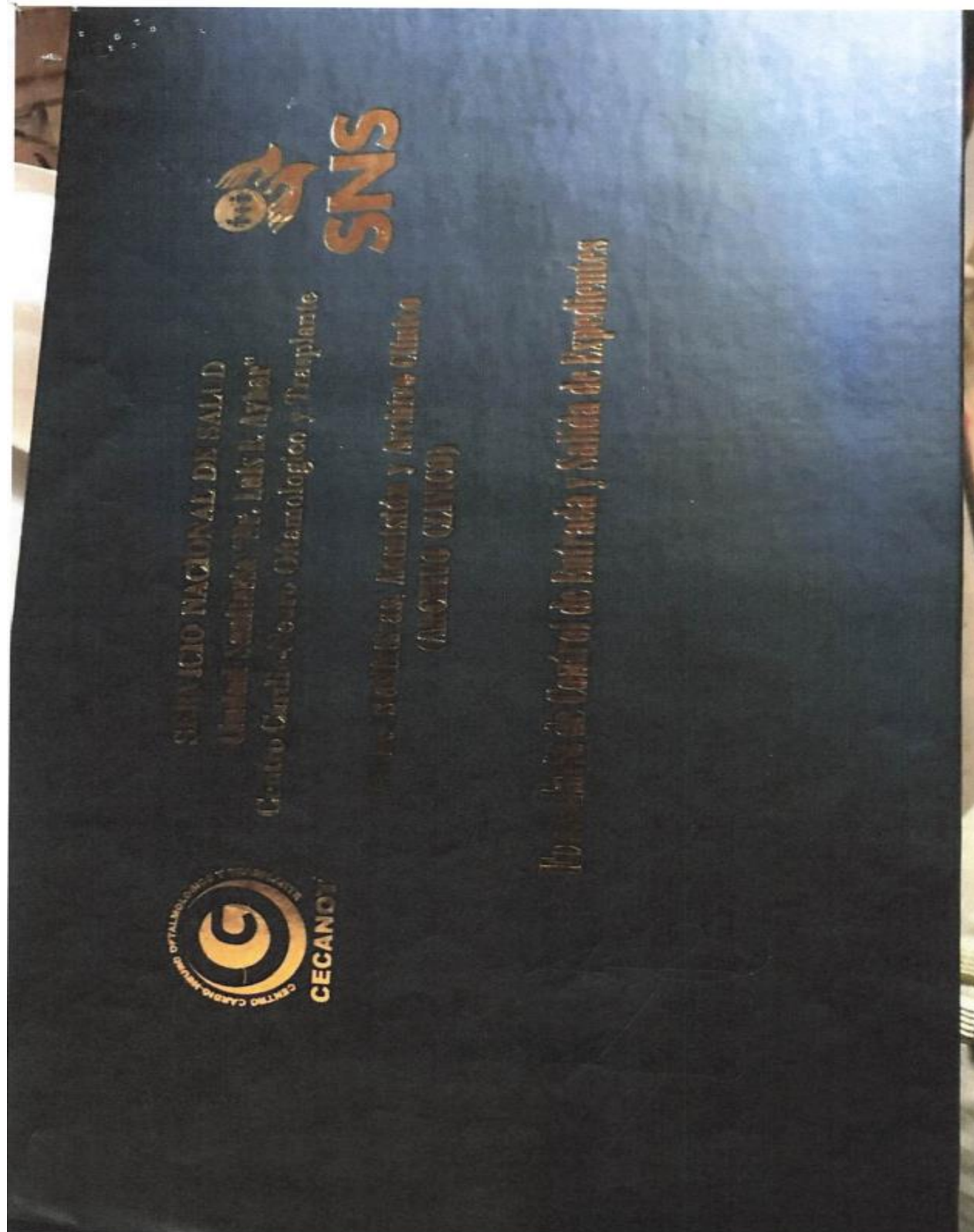
Capacidad Técnica: Que los Bienes cumplan con las todas características especificadas en las Fichas Técnicas.

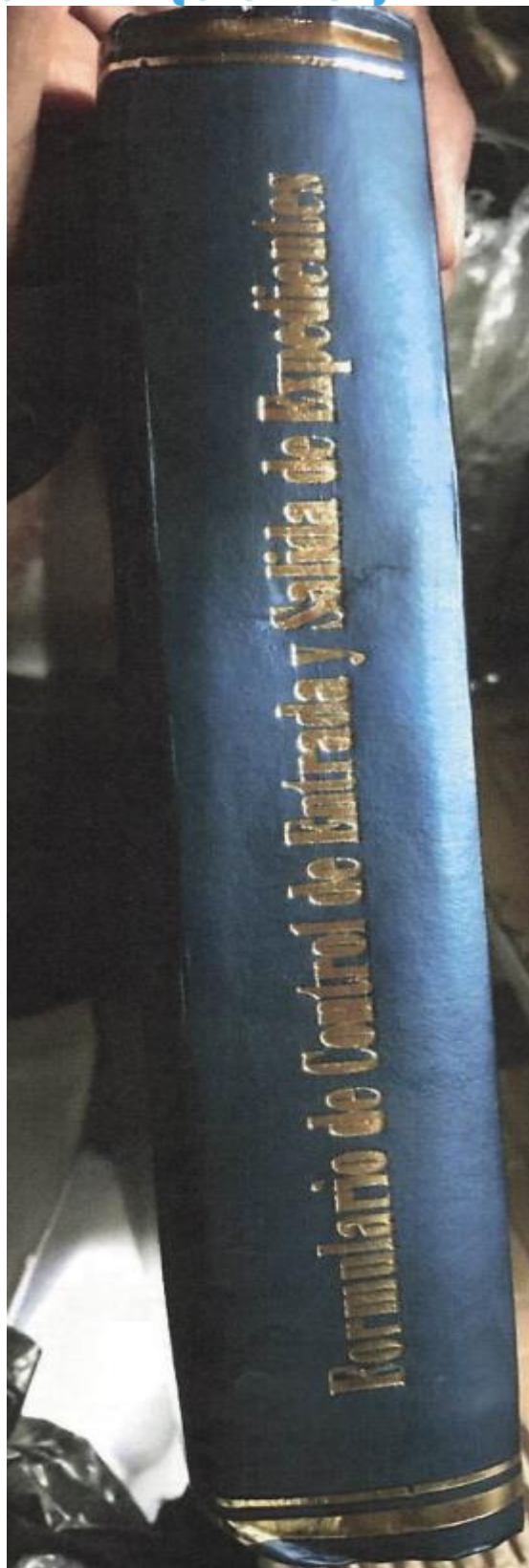
Criterios de Adjudicación

La autoridad competente evaluará las Ofertas dando cumplimiento a los principios de transparencia, objetividad, economía, celeridad y demás, que regulan la actividad contractual, y comunicará por escrito al Oferente/Proponente que resulte favorecido. Al efecto, se tendrán en cuenta los factores económicos y técnicos más favorables.

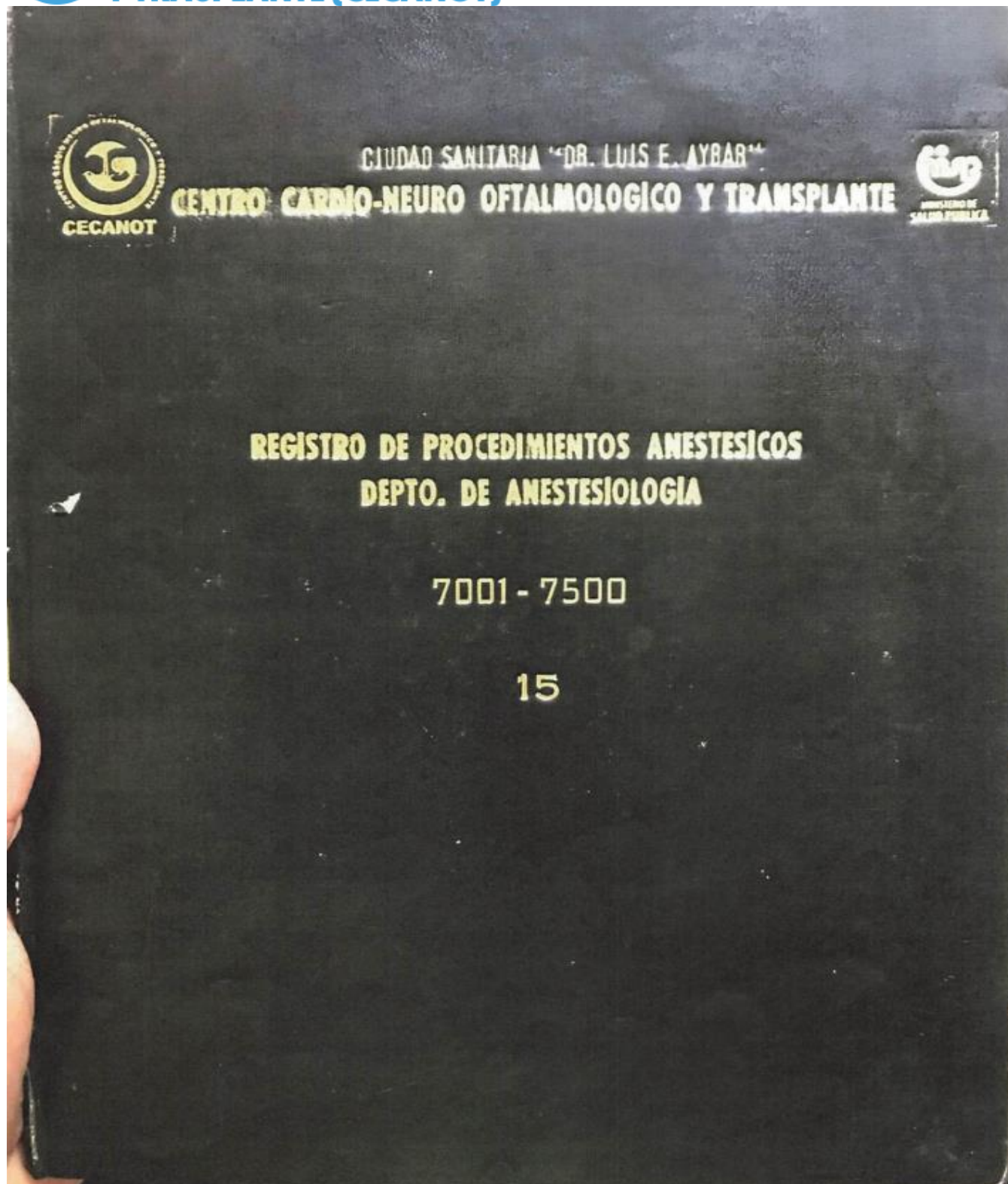
La adjudicación será decidida a favor del Oferente/Proponente cuya propuesta cumpla con los requisitos exigidos y sea calificada como la más conveniente para los intereses institucionales, teniendo en cuenta el precio, la calidad, y las demás condiciones que se establecen en el presente Pliego de Condiciones Específicas.

ANEXOS





[illegible]





CASO #

Fecha: ----- Edad: ----- Record: ----- Factura#: -----

Hora de entrada: ----- Quirofano: ----- Hora de salida: -----

Nombre: ----- Diagnóstico presuntivo ----- Procedimiento: ----- Técnica anestésica: ---

Cirujano: ----- Anestesiologo: -----

Observaciones: -----

7001

CASO No.: _____

FECHA: _____ EDAD: _____ RECORD: _____ SEGURO: _____

NOMBRE: _____

DX PRESUNTIVO: _____

PROCEDIMIENTO: _____

CIRUJANO: _____

ANESTESIOLOGO: _____ TIPO ANESTESIA: _____

CASO No.: _____

FECHA: _____ EDAD: _____ RECORD: _____ SEGURO: _____

NOMBRE: _____

DX PRESUNTIVO: _____

PROCEDIMIENTO: _____

CIRUJANO: _____

ANESTESIOLOGO: _____ TIPO ANESTESIA: _____

CASO No.: _____

FECHA: _____ EDAD: _____ RECORD: _____ SEGURO: _____

NOMBRE: _____

DX PRESUNTIVO: _____

PROCEDIMIENTO: _____

CIRUJANO: _____

ANESTESIOLOGO: _____ TIPO ANESTESIA: _____

UCI - HEMODINAMIA

LIBRO DE INGRESO Y EGRESO
DE ENFERMERIA

FECHA INGRESO _____	FECHA EGRESO _____
NOMBRE _____	EDAD _____
DX _____	EXPEDIENTE _____
PROCEDIMIENTO _____	FACTURA _____
DR. _____	SEGURO _____
HORA INGRESO _____	HORA EGRESO _____
LIC. INGRESO _____	LIC. EGRESO _____
OBSERVACIONES _____	HABITACIÓN _____

FECHA INGRESO _____	FECHA EGRESO _____
NOMBRE _____	EDAD _____
DX _____	EXPEDIENTE _____
PROCEDIMIENTO _____	FACTURA _____
DR. _____	SEGURO _____
HORA INGRESO _____	HORA EGRESO _____
LIC. INGRESO _____	LIC. EGRESO _____
OBSERVACIONES _____	HABITACIÓN _____



**SERVICIO NACIONAL DE SALUD
CIUDAD SANITARIA "DR. LUIS E. AYBAR"
CENTRO CARDIO-NEURO OFTALMOLOGICO Y TRASPLANTE**

Federico Velásquez No. 1, Santo Domingo, R. D.
Tel.: 809-681-0080 / Fax: 809-681-5580



**Departamento De Glaucoma
PROTOCOLO QUIRURGICO**

FECHA: ____/____/____ EXPEDIENTE: _____

NOMBRE: _____ EDAD: _____ SEXO: M F

DX: _____

CIRUGIA:

OD: _____

OS: _____

COMPLICACIONES: _____

DESCRIPCION DE LA CIRUGIA:

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

CIRUJANO: _____

FELLOW: _____

RESIDENTE: _____

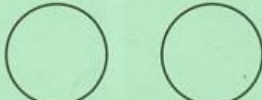
ANESTESIA: _____

RESIDENTE: _____ ANESTESIA: _____

FECHA: ____/____/____ Cx: _____ TIEMPO DE EVOLUCION: _____

AV OD _____
OS _____

PIO: OD _____
OS _____ mmHg

BMC: OD OS


Rx: _____

RTC: _____

MEDICO

FECHA: ____/____/____ Cx: _____ TIEMPO DE EVOLUCION: _____

AV OD _____
OS _____

PIO: OD _____
OS _____ mmHg

BMC: OD OS


Rx: _____

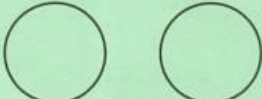
RTC: _____

MEDICO

FECHA: ____/____/____ Cx: _____ TIEMPO DE EVOLUCION: _____

AV OD _____
OS _____

PIO: OD _____
OS _____ mmHg

BMC: OD OS


Rx: _____

RTC: _____

MEDICO

FORMULARIO PARA SOLICITUD DE VACACIONES

Fecha: _____

Datos del solicitante

Nombre: _____

Cédula: _____ Cargo: _____

Área Funcional: _____

Años en la Administración Pública: _____

Solicitud

Vacaciones ☐

Fraccionar Vacaciones ☐

Vacaciones desde: _____ Hasta: _____

Cantidad de días: _____ Vacaciones correspondientes al año: _____

En caso de Fraccionar Vacaciones, Justificar:

Trabajó en otra Institución del Estado?

Si ☐

No ☐

*En caso de responder sí, Anexar Certificación.

Firmas Requeridas

Solicitado por

Supervisor Inmediato

Ley 41-08 de función pública en su Art. 53 establece lo siguiente: "Los servidores públicos de la administración del Estado tienen derecho, después de un trabajo continuo de un (1) año, al disfrute de vacaciones anuales remuneradas".

El reglamento 523-09 en su artículo 53, parrafo I, estipula lo que se consigna a continuación: "los efectos de establecer la duración de las vacaciones se computará a favor del beneficiario todo el tiempo de servicio que éste haya prestado, de modo continuo o no, a cualquier organismo del sector público, sea a nivel central como en instituciones descentralizadas y autónomas, en regiones, provincias o municipios, y cualquier otro del Estad, debidamente certificado".

Número de días de Vacaciones de Acuerdo al Art. 53 de la Ley 41-08

Un (1) año y hasta máximo de cinco (5) años, tendrán derecho a quince (15) días laborables de vacaciones.

☐

Más de diez (10) años y hasta quince (15) años, tendrán derecho a veinticinco (25) días laborables de vacaciones.

☐

Más de cinco (5) años y hasta diez (10) años, tendrán derecho a veinte (20) días laborables de vacaciones.

☐

Más de quince (15) años tendrán derecho a treinta (30) días laborables de vacaciones.

☐

Uso exclusivo de Recursos Humanos (Observaciones)

Recibido por



CIUDAD SANITARIA "DR. LUIS E. AYBAR "
CENTRO CARDIO-NEURO OFTALMOLOGICO Y TRASPLANTE

Federico Velasquez No. 1, Santo Domingo, R. D.
Tel.: 809-681-5003, Fax: 809-538-9722
"Año Nacional de la Promoción de la Salud"
RNC 4-3006345-2



CHEQUEO PREQUIRURGICO

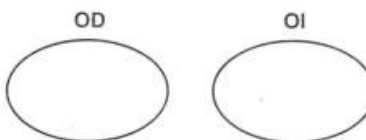
EXPEDIENTE _____

NOMBRE _____ EDAD _____ SEXO _____

AV _____ OI _____ PIO _____ OI _____

	OD	OI
CONJUNTIVA		
CORNEA		
CA		
HA		
IRIS		
PUPILA		
CRISTALINO		

FONDO DE OJO



LIO _____ OI _____

QUERATOMETRIA _____ OI _____

ANALISIS DE LABORATORIO

Hemograma	SI _____ NO _____	Hepatitis B	Positivo _____	Negativo _____
Glicemia	_____	Hepatitis C	Positivo _____	Negativo _____
Orina	SI _____ NO _____	HIV	Positivo _____	Negativo _____
Urea	SI _____ NO _____	VDRL	Reactivo _____	Areactivo _____
Creatitina	SI _____ NO _____			

Evaluación Cardiovascular

ASA _____

PLAN _____

DESCRIPCION QUIRURGICA:

TOMA RS _____

PERILIMBICO _____

CAPSULOTOMIA _____

EXTRACCION DEL NUCLEO _____

VITRECTOMIA _____

DESCRIPCION QUIRURGICA:

COLGAJO CONJUNTIVAL _____ CAUTERIZACION VASOS

DEMARCACION DE INSICION _____

AMPLIACION DE HERIDA _____

COLOCACION DE LIO _____ LIO CA LIO CP

COMENTARIOS _____

CIRUJANO _____

AYUDANTE (RESIDENTE) _____

RESIDENTE _____

CENTRO CARDIONEURO OFTALMOLÓGICO Y TRASPLANTE (CECANOT)

Hp: 5,000
/br:



CIUDAD SANITARIA "DR. LUIS E. AYBAR"
CENTRO CARDIO-NEURO OFTALMOLÓGICO Y TRASPLANTE
Federico Velasquez No. 1, Santo Domingo, R. D.
Tels.: Central 809-538-8541 / 809-538-7079 / 809-538-9722 / 809-538-9870
DEPARTAMENTO DE HEMODINAMIA



J. Cuenca
/Bueno

ANGIOPLASTIA CORONARIA TRANSLUMINAL PERCUTANEA

PCTE: Rafael Alberto Mateo, Caso #: _____, Fecha: _____
ARTERIA: DA: _____, D1: _____, CX: _____, CD: ☒, OM: _____, BYPAS: _____

INFLADO #1	12	ATMOSFERAS	MINUTOS	SEGUNDOS
EVENTOS:	ANGINA:	ST:	ARRITMIA:	
OTROS:	<u>Angiotite de stents 12.75 x 19 mm / Stent</u>			
INFLADO #2		ATMOSFERAS	MINUTOS	SEGUNDOS
EVENTOS:	ANGINA:	ST:	ARRITMIA:	
OTROS:				
INFLADO #3	12	ATMOSFERAS	MINUTOS	SEGUNDOS
EVENTOS:	ANGINA:	ST:	ARRITMIA:	
OTROS:	<u>VC experience Fibrinolytic (3.0 x 90mm) / Balon</u>			
INFLADO #4	12	ATMOSFERAS	MINUTOS	SEGUNDOS
EVENTOS:	ANGINA:	ST:	ARRITMIA:	
OTROS:				
INFLADO #5	15	ATMOSFERAS	MINUTOS	SEGUNDOS
EVENTOS:	ANGINA:	ST:	ARRITMIA:	
OTROS:				
INFLADO #6	17	ATMOSFERAS	MINUTOS	SEGUNDOS
EVENTOS:	ANGINA:	ST:	ARRITMIA:	
OTROS:				
INFLADO #7		ATMOSFERAS	MINUTOS	SEGUNDOS
EVENTOS:	ANGINA:	ST:	ARRITMIA:	
OTROS:				
INFLADO #8		ATMOSFERAS	MINUTOS	SEGUNDOS
EVENTOS:	ANGINA:	ST:	ARRITMIA:	
OTROS:				
CATETER BALON USADO: _____				
STENT IMPLANTADO.....: _____				
GUIA USADA.....: _____				
Preparada Por: _____				



INFLADO # 10	ATMOSFERAS	MINUTOS	SEGUNDOS
EVENTOS :	ANGINA:	ST :	ARRITMIA:
OTROS :			
INFLADO # 11	ATMOSFERAS	MINUTOS	SEGUNDOS
EVENTOS :	ANGINA:	ST :	ARRITMIA:
OTROS :			
INFLADO # 12	ATMOSFERAS	MINUTOS	SEGUNDOS
EVENTOS :	ANGINA:	ST :	ARRITMIA:
OTROS :			
INFLADO # 13	ATMOSFERAS	MINUTOS	SEGUNDOS
EVENTOS :	ANGINA:	ST :	ARRITMIA:
OTROS :			
INFLADO # 14	ATMOSFERAS	MINUTOS	SEGUNDOS
EVENTOS :	ANGINA:	ST :	ARRITMIA:
OTROS :			
INFLADO # 15	ATMOSFERAS	MINUTOS	SEGUNDOS
EVENTOS :	ANGINA:	ST :	ARRITMIA:
OTROS :			
INFLADO # 16	ATMOSFERAS	MINUTOS	SEGUNDOS
EVENTOS :	ANGINA:	ST :	ARRITMIA:
OTROS :			
INFLADO # 17	ATMOSFERAS	MINUTOS	SEGUNDOS
EVENTOS :	ANGINA:	ST :	ARRITMIA:
OTROS :			
INFLADO # 18	ATMOSFERAS	MINUTOS	SEGUNDOS
EVENTOS :	ANGINA:	ST :	ARRITMIA:
OTROS :			
CATETER BALON USADO :			
STENT IMPLANTADO..... :			
GUIA USADA..... :			
Preparada Por :			

CENTRO CARDIONEURO OFTALMOLÓGICO Y TRASPLANTE (CECANOT)



Centro Cardio-Neuro Oftalmológico y Trasplante
Ciudad Sanitaria Dr. Luís E. Aybar
RNC 4-3006345-2

"Año de la consolidación de la Seguridad Alimentaria"

Departamento de Glaucoma

Hoja de Control



FECHA: ____/____/____ EXPEDIENTE: _____

NOMBRE: _____ EDAD: _____ SEXO: M F

DX. previo: _____ TX. Oft.: _____

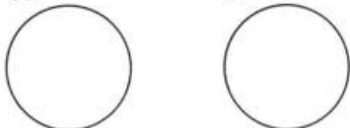
Cirugía Oft.: _____ Hx familiares: Glaucoma: _____

Motivo de Consulta: _____

AV/CC: OD: _____ Refracción: OD: _____

OS: _____ OS: _____

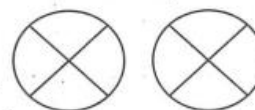
BMC: OD OS



PIO: OD: _____

OS: _____ mm/Hg

Gonioscopia



NO: OD OS



Diagnostico (s) :

Tx.:

Plan:

RTC:

Médico

FECHA: ____/____/____ DX. previo: _____ TX. Oft.: _____

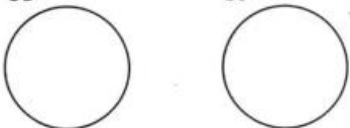
Cirugía Oft.: _____ Hx familiares: Glaucoma: _____

Motivo de Consulta: _____

AV/CC: OD: _____ Refracción: OD: _____

OS: _____ OS: _____

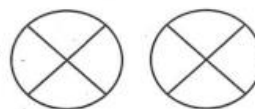
BMC: OD OS



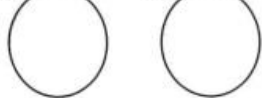
PIO: OD: _____

OS: _____ mm/Hg

Gonioscopia



NO: OD OS



Diagnostico (s) :

Tx.:

Plan:

RTC:

Médico





Centro Cardio-Neuro Oftalmológico y Trasplante
Ciudad Sanitaria Dr. Luis E. Aybar
RNC 4-3006345-2
"Año de la consolidación de la Seguridad Alimentaria"

DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA
NOTAS DE ENFERMERAS



	MES	AÑO					
FECHA							
CRITERIO	TURN 1		7	2	9		
CONDICIÓN GENERAL	ESTABLE						
	DE CUIDADO					7:00 am	2:00 pm
ESTADO DE CONCIENCIA	GRAVE						
	SOMNOLIENTO						
	ESTUPUROSO						
	COMA						
ESTADO DE CONCIENCIA	TIEMPO						
	LUGAR						
	PERSONA						
OXÍGENO	CATETER NASAL						
	MASC. FACIAL						
	ENDOCRANEAL						
	POR TRAQUEOSTOMÍA						
TERAPIA RESPIRATORIA	SI						
	NO						
SECRECIONES VIAS RESP.	ESCASAS						
	ABUNDANTES						
	ESPESAS						
	FLUIDAS						
	FETIDAS						
	VERDOSAS						
SEGURIDAD	BARANDALES						
	RESTRICCIÓN						
SANGRADO	SIN SANGRADO						
	SANGRADO ESCASO					2:00 pm	9:00 pm
	SANGRADO REGULAR						
	SANGRADO ABUNDANTE						
	CERO SANGUINOLENTO						
INTENSIDAD DEL DOLOR	DOLOR LEVE						
	SIN DOLOR						
	DOLOR MODERADO						
	DOLOR INTENSO						
EQUIPO DE APOYO BÁSICO	RESPIRADOR						
	BOMBA DE INF.						
	SUCCIÓN N.G.						
ALIMENTACIÓN	EMERSIÓN						
	N X B						
	SIN AYUDA						
	CON AYUDA						
	T DE LEVÍN						
	GASTRONOMÍA						
	N.T.P						

Nombre del Paciente _____
Registro _____
No. Cama _____
Servicio _____

FECHA	MES	AÑO	DÍAS			
CRITERIO						
MOVILIZACIÓN	AMBULATORIO		7	2	9	
	DEAMB. ASISTIDA					
	DE CAMA A SILLA					
	EN CAMA					
CANALIZACIÓN	QUIMIOTERAPIA					
	SELLO					
	VENA PERIFERICA					
	VENA CENTRAL					
	PORT-A-CATH					
	RECANALIZACIÓN					
TRANSFUSIÓN	G.R.E					
	PLAQUETAS					
	PLASMAS					
CUIDADOS A...	VENA CENTRAL					
	GASTRONOMÍA					
	COLOSTOMÍA					
	YEYUNOSTOMÍA					
	TRAQUEOSTOMÍA					
DRENAJES	JAKSON PRATT					
	BILIAR					
	PORT-O-VAC					
	EPIDURAL					
DIURESIS	ESPONTÁNEA					
	SONDA FOLY					
	SONDA SUPRA PUB.					
GASTRICOS	NAUSEAS					
	VOMITOS					
BAÑO	REGADERA SIN AYUDA					
	REGADERA CON AYUDA					
	CAMA					
VIGILANCIA VASCULAR DISTAL	COLORACIÓN					
	LLENADO CAPILAR					
	TEMPERATURA CORPORAL					
CURACIÓN DE HERIDA	SI					
	NO					
	PENDIENTE					
COMUNICACIÓN	COMUNICATIVO					
	POCO COMUNICATIVO					
NEUROLÓGICO	DISARTRICO					
	AFASICO					
	PARESIA					
	PLEJIA					
GLASGOW	APERTURA DE OJOS	1-2				
		3-4				
	RESPUESTA MOTORA	1-3				
		4-6				
	RESPUESTA VERBAL	1-2				
		3-5				
OBSERVACIONES						
				FECHA	TURNO	NOMBRE ENFERMERA
					7-2	
					2-9	
					9-7	
					7-2	
					9-7	
					7-2	
					9-7	
Dx. de Enfermería						

CENTRO CARDIONEURO OFTALMOLÓGICO Y TRASPLANTE (CECANOT)



Servicio Regional de Salud Metropolitano
CIUDAD SANITARIA "DR. LUIS E. AYBAR"

Centro Cardio-Neuro Oftalmológico y Trasplante

RNC 4-3006345-2

"Año del Desarrollo Agroforestal"



Institución Pública de referimiento nacional y tercer nivel de atención
especializada, formadora de talentos humanos en salud.

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZAR PROCEDIMIENTO INVASIVO MEDIANTE LA INYECCIÓN INTRAVITREO DE AVASTIN (BEVACIZUMAB)

Protocolo válido para el Servicio de Oftalmología

Fecha _____
Nombre del Paciente _____
Cédula de Identidad _____ Nacionalidad _____
Sexo: F _____ M _____ Fecha de Nacimiento _____ / _____ / _____
(Día / mes / año)
Procedencia: Consulta Externa _____ Emergencia _____ Interno _____ Referid@ _____
Número de Historia Clínica _____

DECLARO LIBREMENTE Y SIN NINGÚN TIPO DE PRESIÓN

Que el (la) doctor (a) _____
Me ha explicado que en mi situación es conveniente que se me realice una INYECCIÓN INTRAVITREO DE AVASTIN (BEVACIZUMAB). También me ha informado que durante la realización de este procedimiento, podrán estar presentes otros profesionales (médicos, enfermeras, auxiliares, etc.), con el objetivo de aprender la técnica;

PREVIO AL PROCEDIMIENTO EL (LA) MÉDICO (A) INFORMA:

- Inicialmente, el Avastin no fue desarrollado para tratar condiciones de los ojos. Basado en los resultados de estudios clínicos los cuales demostraron su eficacia y seguridad.
- Fue aprobado por la Administración de Drogas y Alimentos FDA, (sus siglas en inglés) para el tratamiento de cáncer colorrectal metastásico. Como condición de aprobación, el fabricante produjo una etiqueta que explica las indicaciones, riesgos y beneficios.
- La etiqueta explica que Avastin funciona bloqueando una sustancia conocida como factor del crecimiento vascular endotelial o VEGF (sus siglas en inglés), esta sustancia incentiva la formación de nuevos vasos sanguíneos que el cáncer necesita para crecer. El bloquear o inhibir el VEGF, ayuda a prevenir el crecimiento de estos nuevos vasos.
- Los oftalmólogos usan Avastin "off label" para el tratamiento de degeneración macular relacionada a la edad y condiciones similares, ya que investigaciones médicas indican que VEGF, es una de las causas del crecimiento anormal de los vasos sanguíneos que causan estas condiciones.

PROCEDIMIENTO:

Después de que la pupila sea dilatada y el ojo sea entumecido con anestesia, el medicamento se inyecta dentro del vitreo, o sustancia gelatinosa de la cámara posterior del ojo. Avastin se administra por inyección dentro de su ojo en la medida necesaria por intervalos regulares (como cada cuatro a seis semanas); su oftalmólogo (a) le dirá cada cuanto recibirá la inyección y por cuanto tiempo.

La **Inyección Intravítrea de Avastin**, puede presentar riesgos, complicaciones y efectos secundarios del procedimiento y la administración del Avastin, los cuales incluyen y no se limitan a: Desprendimiento de retina, creación de cataratas, glaucoma (presión elevada del ojo), hipotonía (presión reducida del ojo), daño a la retina o córnea (estructuras del ojo), desangramiento y endoftalmítis (posibilidad de infección del ojo), es posible que se le administre gotas con instrucciones de uso para reducir la posibilidad de que esto suceda.

No obstante, el riesgo de complicaciones cuando Avastin se usa en pacientes con condiciones del ojo es bajo, diferente a cuando se administra en pacientes con cáncer colorrectal metastásico (**crece en todo el cuerpo**) ya que algunos de estos últimos experimentaron complicaciones serias y a veces podrían causar la muerte, tales como; perforaciones gastrointestinales o complicaciones de curación de la herida, hemorragia, eventos tromboembólicos (**presentación de coágulos**) tales como; embolia cerebral o ataque al corazón, hipertensión (**presión alta**) proteinuria (**proteína en la orina**) e insuficiencia cardíaca.

ALTERNATIVAS:

También se me ha informado, que existen otras alternativas, mediante otras formas de tratamiento disponibles. Actualmente, hay dos tratamientos aprobados por la FDA para la degeneración neovascular relacionada con la edad; terapia fotodinámica con una droga llamada Visudyne y una inyección (dentro del ojo) de una droga llamada Macugen. Aunque se ha comprobado que estos dos tratamientos aminoran el paso de la pérdida de visión, la mayoría de las personas no recobran mejor visión.



Médic@ (s) Actuante (s) _____

AUTORIZACIÓN PARA PROCEDIMIENTO INVASIVO CON INYECCIÓN DE AVASTIN

Yo, _____,
dominic@, mayor de edad, titular de la cédula de identidad y electoral numero _____
estado civil _____, con domicilio y residencia en _____

Autorizo que el (la) doctor (a) _____

del servicio de oftalmología, en la ciudad de Santo Domingo, Distrito Nacional Capital de la República Dominicana, a que se practique en mi persona el procedimiento invasivo, que consiste en prevenir más pérdida de visión, aunque es posible que el medicamento no restaure la visión que ya se ha perdido.

El (a) médico (a), me ha explicado, de forma satisfactoria, qué es y cómo se realiza la inyección de avastin, también se me ha explicado que cualquiera de estas complicaciones, puede conducir a la pérdida de visión severa y permanente, me ha informado que el mismo, puede presentar complicaciones que en la mayoría de los casos, todos los medios técnicos de este centro están disponibles para intentar solucionarlos.

Entiendo que la meta del tratamiento es el prevenir más pérdida de visión. Aunque algunos pacientes han recobrado visión, es posible que el medicamento no restaure la visión que se ha perdido, y es posible que al fin no impida que se pierda más visión a causa de la enfermedad. Se me advierte, que no se me obliga a recibir tratamiento por mi condición aunque sin tratamiento, estas enfermedades pueden conducir a más pérdida de visión y ceguera. También se me informa que si tengo alergias a otros medicamentos, alimentos u otras cosas en el ambiente, o si tengo asma, debo dejárselo saber a mi doctor.

Entiendo, que el riesgo global que corro, es relativamente alto. En consecuencia, comprendo que la práctica de la medicina como ejercicio científico no es una ciencia exacta y por vía de consecuencia, reconozco que no se puede ofrecer garantía absoluta en cuanto a los resultados del procedimiento.

De igual manera se me ha advertido, que debo estar en contacto inmediatamente con mi médico oftalmólogo, si se me presentare cualesquiera de los síntomas siguientes: infección, dolor, visión borrosa o disminuida, sensibilidad a la luz, ojo enrojecido (comparado con inmediatamente después de la infección) o flujo del ojo (lagrimeo, lagrimeo). **SE ME HA ORDENADO NO FROTARME LOS OJOS**, me comprometo a guardar todas las citas después de la inyección o llamadas telefónicas programadas, para que mi médico pueda examinarme por si acaso presente complicaciones.

Aunque la posibilidad de complicaciones serias que afecten otros órganos de mi cuerpo es baja, me pondré en contacto **inmediatamente** con mi **doctor de familia o iré a la sala de emergencia** si experimento dolor abdominal asociado a estreñimiento y vómito, desangrar anormalmente, dolor en el pecho, dolor de cabeza severo, no poder pronunciar lenguaje, o debilitamiento de un lado del cuerpo. También notificaré a mi oftalmólogo sobre estos problemas tan pronto me sea posible. Informaré también a mi oftalmólogo, si necesito tener cirugía, e informaré a cualquier otro cirujano, incluyendo a dentistas, que estoy tomando un medicamento que debo parar antes de que se me haga cualquier cirugía.

Entendí que Avastin tm, fue aprobado por la Administración de Drogas y Alimentos (FDA) para que el tratamiento de cáncer colorrectal metastásico, y que no ha sido aprobado para el tratamiento de condiciones del ojo. Aun así, estoy dispuesto (a) a aceptar los riesgos posibles sobre los cuales he sido informado (a).

Por lo que autorizo al Servicio de Oftalmología del CECANOT en la persona del (a) Dr.(a) _____

Para que me administre la inyección intravitreo de Avastin tm, en mi ojo (indique) "derecho" o "izquierdo", durante intervalos regulares como sea necesario, hasta que mi condición cambie, hasta el punto que los riesgos y beneficios de este medicamento sean significativamente diferentes para mí.

De igual manera se me ha advertido que después de haber firmado este documento y antes de realizarse el estudio referido, **puedo arrepentirme y revocar libremente por escrito mi consentimiento**. En tal virtud hago constar de manera libre y voluntaria que se me dieron todas las explicaciones, de la naturaleza, necesidad y advertencias necesarias, correspondientes al procedimiento referido, las cuales he comprendido perfectamente.

Por lo que de buena fe y en pleno dominio de mis facultades mentales, expreso y manifiesto mi **CONSENTIMIENTO** para realizar el procedimiento que se me ha propuesto, por lo que procedo a estampar mi firma al pie de este documento.

Firma del (la) Paciente / Impresión Digital

Firma del (a) espos@ / Familiar

**Nombre y Cédula de Identidad
Testigo**

**Nombre y Cédula de Identidad
Testigo**

En la ciudad de Santo Domingo, Distrito Nacional, a los _____ (____) del mes de _____
(____) del año _____ (____).

CENTRO CARDIONEURO OFTALMOLÓGICO Y TRASPLANTE (CECANOT)



SERVICIO REGIONAL DE SALUD METROPOLITANO
CIUDAD SANITARIA "DR. LUIS E. AYBAR"
**Centro Cardio-Neuro Oftalmológico y Trasplante
-CECANOT-**

Institución Pública de referimiento nacional y tercer nivel de atención
especializada, formadora de talentos humanos en salud.



CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA CIRUGÍA DE PTERIGION Protocolo válido para el Servicio de Oftalmología

Fecha: ____/____/____

Nombre del Paciente: _____
Cédula de Identidad: _____ Fecha de Nacimiento ____/____/____ Nacionalidad _____
(Día/ mes/ año)
Procedencia: Consulta Externa ____ Emergencia ____ Interno ____ Referido(@) _____
Número de Historia Clínica: _____

DECLARO LIBREMENTE Y SIN NINGÚN TIPO DE PRESIÓN

Que el (la) Doctor (a) _____
(Nombre y apellido del médico que suministra la información)

Me ha explicado que en mi situación es conveniente que se me realice una **CIRUGÍA DE PTERIGION**.
También me ha informado que durante la realización de este procedimiento, podrán estar presentes otros profesionales
(médicos), con el objetivo de aprender la técnica;

PREVIO AL PROCEDIMIENTO EL (LA) MÉDICO (A) INFORMA:

El pterigion (uña) es un crecimiento de tejido por debajo de la conjuntiva (membrana de los párpados) que invade la córnea,
produciendo síntomas molestos: irritación, lagrimeo, disminución de la agudeza visual...

El tratamiento al que usted va a someterse consiste en una intervención quirúrgica, que sólo está indicada cuando los síntomas
son muy molestos o su crecimiento activo pone en peligro el eje de visión.

No existe una técnica única ni cien por cien eficaz para la erradicación del pterigion (uña). Las recidivas son muy frecuentes,
sobre todo si se mantienen los mismos factores que se relacionan con su aparición (exposición al sol, al viento, ambientes con
polvo...)

Si usted es una persona con alto grado de ansiedad, debe comunicarlo durante la consulta previa a la cirugía (así se podrán tomar
las medidas adecuadas).

PROCEDIMIENTO:

En la mayoría de los casos se emplea una anestesia local, tras la cual se elimina el pterigion y se sutura la zona expuesta. Se
realiza de forma ambulatoria (el paciente se va a casa después de la intervención).

Ocasionalmente puede ser necesario obtener tejido conjuntival sano del mismo ojo o del otro ojo, para reconstruir la zona
extirpada. A veces, sobre todo en casos complicados (varias recidivas, actividad inflamatoria intensa...) se puede indicar una
cirugía con trasplante de membrana amniótica de donante.

A veces, durante la intervención, se producen hallazgos imprevistos. Pueden obligar a tener que modificar la forma de hacer la
intervención y utilizar variantes de la misma, no contempladas inicialmente.

A veces es necesario tomar muestras biológicas para estudiar mejor su caso. Pueden ser conservadas y utilizadas posteriormente
para realizar investigaciones relacionadas con la enfermedad que usted padece. No se usaran directamente para fines
comerciales. Si fueran a ser utilizadas para otros fines distintos se le pediría posteriormente el consentimiento expreso para ello.
Si no da su consentimiento para ser utilizadas en investigación, las muestras se destruirán una vez dejen de ser útiles para
documentar su caso, según las normas del centro. En cualquier caso, se protegerá adecuadamente la confidencialidad en todo
momento.

Puede hacer falta tomar imágenes, como fotos o videos. Sirven para documentar mejor el caso. También pueden usarse para
fines docentes de difusión del conocimiento científico. En cualquier caso serán usadas si usted da su autorización. Su identidad
siempre será preservada de forma confidencial.

BENEFICIOS:

Posiblemente el ojo deje de lagrimear, habrá menos enrojecimiento y si es muy grande, puede mejorar su calidad de visión.



RIESGOS Y COMPLICACIONES:

Cualquier actuación médica tiene riesgos. La mayor parte de las veces los riesgos no se materializan, y la intervención no produce daños o efectos secundarios indeseables. Pero a veces no es así. Por eso es importante que usted conozca los riesgos que pueden aparecer en este proceso o intervención. Son muy frecuentes las molestias y/o dolor en los días siguientes, así como la sensación de roce o cuerpo extraño ocular. A veces es necesario retirar la sutura a los pocos días de la intervención.

LOS MÁS FRECUENTES:

- Hemorragia, sin riesgo vital. Úlcera corneal, granuloma a cuerpo extraño (reacción a la sutura), rotura de la sutura.
- Cicatrización anormal, y antiestética, con irritación y lagrimeo.
- Reparación de la patología.

LOS MÁS GRAVES:

- Lesión de los tejidos adyacentes
- Infección ocular

ALTERNATIVAS AL PROCEDIMIENTO:

En su caso: _____

Médico@ (s) Actuante (s) _____

AUTORIZACIÓN PARA CIRUGÍA DE PTERIGION

Yo, _____, dominicano (a), mayor de edad, titular de la cédula de identidad y electoral número _____, estado civil _____, con domicilio y residencia en _____, Autorizo que el (la) doctor (a) _____ del Servicio de Oftalmología del Centro Cardio-Neuro Oftalmológico y Trasplante CECANOT, en la ciudad de Santo Domingo, Distrito Nacional Capital de la República Dominicana, a que se aplique la técnica que se describe como:

CIRUGÍA DE PTERIGION

El (a) médico (a), me ha explicado, de forma satisfactoria, qué es y cómo se realiza la cirugía de pterigion, indicándome que la misma puede presentar complicaciones que en la mayoría de los casos, todos los medios técnicos de este centro están disponibles para intentar solucionarlos.

Sin embargo, entiendo que la práctica de la medicina como ejercicio científico no es una ciencia exacta y por vía de consecuencia, reconozco que no se me puede ofrecer garantía absoluta en cuanto a los resultados del procedimiento. También se me ha informado, que el (los) médico (s) que participa (n) en este procedimiento, garantiza (n) su destreza y experiencia en el mismo.

He recibido información clara y sencilla, oral y por escrito acerca del procedimiento que se me va a practicar. Se me ha explicado los riesgos posibles y remotos, así como los riesgos en relación a mis circunstancias personales y las consecuencias que pudieran derivarse de mi negativa. Me han informado de otras alternativas posibles, y he recibido respuestas a todas mis preguntas.

De igual manera se me ha advertido que después de haber firmado este documento y antes de realizarse el estudio referido, **puedo arrepentirme y revocar libremente por escrito mi consentimiento**. En tal virtud hago constar de manera libre y voluntaria que se me dieron todas las explicaciones, de la naturaleza, necesidad y advertencias necesarias, correspondientes al procedimiento referido, las cuales he comprendido perfectamente.

Por lo que de buena fe y en pleno dominio de mis facultades mentales, expreso y manifiesto mi **CONSENTIMIENTO** para realizar el procedimiento que se me ha propuesto, por lo que procedo a estampar mi firma al pie de este documento.

Firma del (la) Paciente / Impresión Digital

Firma del (a) espos@ / Familiar

Nombre y Cédula de Identidad
Testigo

Nombre y Cédula de Identidad
Testigo

En la ciudad de Santo Domingo, Distrito nacional, a los _____ (_____) del mes de _____ del año _____ (____).

CENTRO CARDIONEURO OFTALMOLÓGICO Y TRASPLANTE (CECANOT)



CIUDAD SANITARIA "DR. LUIS E. AYBAR" CENTRO CARDIO-NEURO OFTALMOLÓGICO Y TRASPLANTE

Federico Velasquez No. 1, Santo Domingo, R. D.
Tel.: 809-681-0080, Fax: 809-538-9722



SOLICITUD PARA MEDICAMENTOS Y MATERIALES PARA PACIENTES CARDIOVASCULAR

Nombre del paciente: _____ Reg. No.: _____ Fecha: _____
Cirugía: _____ Inicio: _____ Término: _____
Cirujano: _____ Ayudante: _____ Anestesia: _____

DESCRIPCION	Cant.
Circuito de CEC	
Circuito de Recuperador Cel	
Sensor de CDI	
Cánula Arterial	
Cánula Venosa	
Distribuidora Caroscolepia	
Laxis (Furosemida)	
Protamina	
Dexametasona	
CLK Cloruro de Potasio	
Ceftriaxona	
Vancomicina	
Tubos Hemocrom.	
Sulfato Magnesio	
Cloruro Calcio	
Sensores de Nivel	
Fenilefrina	
Adrenalina	
Distribuidor de Cardiot.	
Ligacip	
Balón de Contrapulsación	
Hemoconcentrador	
Albumina Fco.	
Ac. Ascórbico (Vit. C)	
Aminofilina	
Anestesia	
Atracurio	
Adrenalina	
Atropina	
Dormicum	
Efedrina	
Fentanyl	
Halothano	
Ketamina 2%	
Lidocaina con Epinefrina	
Neostigmina	
Felinefrina	
Propofol	
Sevorane	
Heparina	
Nitroglicerina	
Dobutamina	
Ceftriaxona	
Metronidazol	
Adrenor	
Glucinato de Calcio	
Esmeron	
Anchafibrina	
Papaverina	
Gentamicina	
Vancomicina	
Amiodarona	

DESCRIPCION	Cant.
Jeringuillas	
3cc	
5cc	
10cc	
20cc	
50cc	
Bulbo	
Insulina	
Aguja Hipodérmica #	
Tubo endotraqueal #	
Cánula de Mayo #	
Cable Cauterio	
Placa Cauterio	
Electrodos	
Cánula Yankawer	
Colector Orina	
Dren #	
Sonda Faule #	
Sonda Nelaton #	
Bajante Sangre	
Bajante de Suero	
Migrogoteros	
Levin #	
Soluciones	
Salino 100 cc 0.9%	
Salino 500 cc 0.9%	
Salino 1,000 cc 0.9%	
Dexs. Ringer 1000 cc	
Lactato en Ringer 1000 cc	
Ringer 1000 cc	
Normodor R	
Normodor M	
Manitol	
Bisturi	
#20 Montado	
#21 Montado	
#11 Montado	
#12 Montado	
Aphthal Mic Knife	
Super Sharps	
Gasas	
Gasas	
Compresas	
Spongostan	
Algodon Planchado	
Venda de Elástico	
Desinfectantes	
Cepillos	
Avagards	
Dura Prep	
Jabon	
Solucion	

DESCRIPCION	Cant.
Cateter	
Cateter Vias Central 3 Luma en 7.5	
Cateter Vias Central 3 Luma en 8.5	
Kit L'inea Arterial	
Cateter # #	
Cateter Radial	
Tubo de Pecho # 32	
Sello de Agua	
Liaves 3 Vias	
Extensión de Suero	
Cartucho de Irma	
Hilos	
Cera para hueso	
Cinta Umbilical	
Hilo de Marcapaso	
Hilo Alambre #	
Seda 0-834	
Seda 1-835	
Seda 1-87	
Seda 2-0 833	
Seda 4-0 831	
Vicryl 0-340	
Vicryl 2-0 317	
Vicryl 3-0 316	
Monocryl 4-0 426	
Cromico 5-0 202	
Prolene 3-0 9558	
Prolene 4-0 9557	
Prolene 4-0 8521	
Prolene 3-0 9522	
Prolene 5-0 8720	
Prolene 5-0 9536	
Prolene 6-0 3706	
Prolene 7-0 8703	
Prolene 8-0 8732	
TFE Prolymet Pledget - PCP30	
Ethibond 2-0 - PXX52	
Ethibond 2-0 - PXX77	
Ethibond 3-0 - B552	
Sugicel	
Grapadora de Piel	
Dermabond	
Guantes	
Guantes #7	
Guantes #7.5	
Guantes #8	
Guantes Desechables	
Gorros Enfermera	
Gorros Médicos	
Mascarillas	
Zapatos Quirúrgicos	
Otros:	

ENFERMERA: _____

KNC: 4-3006345-Z



