
 <p>LCSP</p>	<p align="center">INSPECCION, HABILITACION Y FUNCIONAMIENTO DE LABORATORIOS DE ANALISIS CLINICOS</p>	<p align="center">FORMULARIO DHFR 01.00- 02</p>
<p>Dirección de Habilitación, Fiscalización y Regulación</p>		

Requisitos para Inspección y Habilitación de Laboratorios de Análisis Clínicos Públicos y Privados

1. Formularios de Inspección y Habilitación.
2. Certificado de Aprobación de Plano del Local, por el Departamento de Establecimientos y Afines del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social.
3. Copia del Plano de Local Aprobado por el Departamento de Establecimientos y Afines del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (ver requisitos en el mencionado departamento sito en Brasil y F.R. Moreno).
4. Si la firma es una sociedad, presentar el Acta de Constitución.
5. Copia de contrato de prestación de servicios, en caso que remita muestra para estudios especializados (especificar determinaciones a remitir a otros laboratorios).
6. Comprobante de pago de los aranceles correspondientes.
7. Copia del Reg. Prof. de los Profesionales afectados al Laboratorio.
8. Copia de la Cédula de Identidad del Director Técnico y del Propietario.
9. Copia de la Cédula Tributaria del Director Técnico o la Sociedad.
10. Certificado de Antecedentes Policiales y Judiciales del Director Técnico y del Propietario.
11. Presentar descripción de sistemas de desechos y descontaminación.
12. Contar con planillas para control (control de temperatura, control de calidad interno de los procedimientos) **
13. Extintidor de polvo químico seco, Tipo ABC de 4 Kilogramos, Vigente. **
14. Señalética adecuada del laboratorio (Acceso Restringido, Toma de muestra, Prohibido Fumar, Salidas de Emergencia, Biorriesgo, Sanitario, etc.).**
15. Botiquín de Primeros Auxilios. **

OBS: Toda la documentación deberá ser autenticada por escribanía, presentada en duplicado en dos carpetas rotuladas y foliadas.

**** Requisitos a ser evaluados en la inspección.**

 <p>LCSP</p>	<p align="center">INSPECCION, HABILITACION Y FUNCIONAMIENTO DE LABORATORIOS DE ANALISIS CLINICOS</p>	<p align="center">FORMULARIO DHFR 01.01- 02</p>
<p>Dirección de Habilitación, Fiscalización y Regulación</p>		

Solicitud de Inspección y Habilitación de Laboratorios de Análisis Clínicos

Asunción, de de 20 ..-

Señor/a
, **Director/a**
Dirección de Habilitación, Fiscalización y Regulación
Presente

El (la) que suscribe
Bioquímico/a con Registro Profesional N°.....,
 Director Técnico Responsable del Laboratorio.....
 ubicado en..... N°..... c/y.....
 de la localidad de, solicita *Inspección y Habilitación*.

Para lo cual acompaña todas las exigencias de la Dirección a su cargo.

.....
 Propietario

.....
 Director Técnico Responsable



LCSP

**INSPECCION, HABILITACION Y
FUNCIONAMIENTO DE
LABORATORIOS DE ANALISIS
CLINICOS**

**FORMULARIO
DHFR 01.02- 02**

**Dirección de Habilitación,
Fiscalización y Regulación**

Datos Personales del Director Técnico y Propietario

1. Director Técnico

Apellidos:.....

Nombres:.....

Fecha de Nacimiento:..... Estado Civil:.....

Documento de Identidad N°:.....

Profesión:..... Registro profesional N°:.....

Dirección Particular:.....

Teléfono Particular:..... E-mail:.....

2. Propietario

Apellidos:.....

Nombres:.....

Nacionalidad:..... Documento de Identidad N°:.....

Dirección:.....

Teléfono: Email:.....

3. Datos del Laboratorio

Nombre:.....

Dirección:

Localidad:..... Departamento:.....

Teléfono:..... Fax:.....

Email:..... R.U.C:.....

Ubicación:

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>



LCSP

**INSPECCION, HABILITACION Y
FUNCIONAMIENTO DE
LABORATORIOS DE ANALISIS
CLINICOS**

**FORMULARIO
DHFR 01.03- 02**

**Dirección de Habilitación,
Fiscalización y Regulación**

Nomina de Profesionales

Nombre y Apellido	Profesión	Cargo que desempeña	Reg. N°



LCSP

**INSPECCION, HABILITACION Y
FUNCIONAMIENTO DE
LABORATORIOS DE ANALISIS
CLINICOS**

**FORMULARIO
DHFR 01.04- 02**

**Dirección de Habilitación,
Fiscalización y Regulación**

Nomina de Auxiliares

Nombre y Apellido	Nivel de estudio	Tarea que desempeña



LCSP

**INSPECCION, HABILITACION Y
FUNCIONAMIENTO DE
LABORATORIOS DE ANALISIS
CLINICOS**

FORMULARIO

DHFR 01.05- 02

**Dirección de Habilitación,
Fiscalización y Regulación**

Determinaciones a realizar



LCSP

INSPECCION, HABILITACION Y
FUNCIONAMIENTO DE
LABORATORIOS DE ANALISIS
CLINICOS

FORMULARIO
DHFR 01.06- 02

Dirección de Habilitación,
Fiscalización y Regulación

Equipos que posee

Nº	Nombre de Equipo	Marca	Procedencia