



**LISTADO DE VERIFICACION DE LA SEGURIDAD DE LA CIRUGIA**

**NOMBRE Y APELLIDO DEL PACIENTE**

**DNI**

**HISTORIA CLINICA**

**PROCEDIMIENTO:**

**ANTES DE LA INDUCCION DE LA ANESTESIA**

**ANTES DE LA INCISION CUTANEA**

**ANTES DE LA SALIDA DEL PACIENTE DEL QUIROFANO**

<b>PACIENTE</b>	<input type="checkbox"/> INGRESO DEL PACIENTE <input type="checkbox"/> CIRCULANTE CONFIRMA : IDENTIDAD SITIO QUIRURGICO LADO (SI CORRESPONDE) PROCEDIMIENTO CONSENTIMIENTO INFORMADO FIRMADO AYUNO SEGÚN PROTOCOLO (SI CORRESPONDE) BAÑO PREVIO SEGÚN PROTOCOLO <input type="checkbox"/> PACIENTE NO PUEDE RESPONDER
	<input type="checkbox"/> CONTROL DEL EQUIPAMIENTO DE LA ANESTESIA <input type="checkbox"/> OXÍMETRO DE PULSO COLOCADO Y FUNCIONANDO <input type="checkbox"/> VERIFICACIÓN DE EXISTENCIA DE ALERGIAS CONOCIDAS <input type="checkbox"/> CHEQUEO DE VÍA AÉREA (RIESGO DE ASPIRACION) ☎ SI EXISTE RIESGO CONSTATAR QUE HAY EQUIPOS Y AYUDA DISPONIBLES <input type="checkbox"/> VERIFICACIÓN DE PROFILAXIS ANTIBIOTICA EN LOS ULTIMOS 60 MINUTOS (SI CORRESPONDE) <input type="checkbox"/> EQUIPO QUIRURGICO CONOCE COMORBILIDADES DEL PACIENTE
<b>ANESTESISTA</b>	<input type="checkbox"/> DEMARCACION DE SITIO (SI CORRESPONDE) <input type="checkbox"/> CHEQUEO DE DISPONIBILIDAD DE ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS (SI CORRESPONDE) <input type="checkbox"/> VERIFICACIÓN DE RIESGO DE HEMORRAGIA > 500ml (7ml/kg niños) ☎ SI EXISTE RIESGO PREVEER DISPONIBILIDAD DE ACCESOS VENOSOS Y SANGRE
	<input type="checkbox"/> CIRUJANO E INSTRUMENTADORA VERIFICARON LOS MATERIALES PROTÉSICOS NECESARIOS <input type="checkbox"/> CONFIRMACIÓN DE ESTERILIDAD DEL INSTRUMENTAL <input type="checkbox"/> CHEQUEO DEL CORRECTO FUNCIONAMIENTO DE TODOS LOS EQUIPOS NECESARIOS
<b>CIRUJANO</b>	
<b>INSTRUMENTADOR CIRCULANTE</b>	
<b>FIRMA Y SELLO DEL RESPONSABLE</b>	

<input type="checkbox"/> PAUSA QUIRURGICA CIRCULANTE CONFIRMA: <input type="checkbox"/> QUE TODOS LOS MIEMBROS DEL EQUIPO QUIRÚRGICO ESTÁN PRESENTES <input type="checkbox"/> QUE TODOS LOS MIEMBROS DEL EQUIPO SE HAYAN PRESENTADO CON NOMBRE Y FUNCIÓN <input type="checkbox"/> CIRUJANO, CIRCULANTE Y ANESTESISTA CONFIRMAN VERBALMENTE: IDENTIDAD DEL PACIENTE SITIO QUIRÚRGICO PROCEDIMIENTO <input type="checkbox"/> CHEQUEO DE CONTROL DE DECÚBITOS Y FIJACIÓN DEL PACIENTE PREVISION DE EVENTOS CRITICOS <input type="checkbox"/> EL CIRUJANO REvisa EN VOZ ALTA JUNTO AL EQUIPO: PASOS CRÍTICOS DE LA OPERACIÓN POSIBLES IMPREVISTOS PERDIDA PREVISTA DE SANGRE <input type="checkbox"/> ANESTESISTA REvisa EN VOZ ALTA JUNTO AL EQUIPO POSIBLES PROBLEMAS ESPECÍFICOS QUE PRESENTE EL PACIENTE
--

<input type="checkbox"/> PREVIO AL CIERRE CIRCULANTE CONFIRMA: <input type="checkbox"/> EI NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO REALIZADO <input type="checkbox"/> EL RECUENTO DE INSTRUMENTAL, GASAS Y AGUJAS ES CORRECTO <input type="checkbox"/> ROTULADO DE MUESTRAS ES CORRECTO <input type="checkbox"/> SI SE DETECTARON PROBLEMAS RELACIONADOS CON EL INSTRUMENTAL Y LOS EQUIPOS <input type="checkbox"/> CIRUJANO, ANESTESISTA Y CIRCULANTE REVISAN LOS PRINCIPALES ASPECTOS DE LA RECUPERACIÓN DEL PACIENTE (INDICACIONES POST QUIRÚRGICAS) <input type="checkbox"/> TRASPASO ESCRITO DE MEDICACIÓN POST QUIRURGICA <input type="checkbox"/> CONTROL DE NORMOTERMIA POST OPERATORIA ANTES DE LA SALIDA DEL QUIROFANO <input type="checkbox"/> PARTE QUIRÚRGICO COMPLETO <input type="checkbox"/> PARTE ANESTÉSICO COMPLETO
--

OBSERVACIONES:

ADAPTACIÓN DEL LISTADO DE VERIFICACION QUIRURGICA- OMS (2009)

**FIRMA Y SELLO DEL RESPONSABLE**

**FIRMA Y SELLO DEL RESPONSABLE**