



**Gobernación  
de Norte de  
Santander**

**E.S.E. HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE PAMPLONA**

**FORMATO DE VERIFICACION PARA LA SEGURIDAD  
QUIRURGICA DE LOS PACIENTES**



**Código:** F – GA05 – 07 v.00

**Página:** 1 de 1

FECHA	DD	MM	AA	HORA	AM PM
NOMBRE DE QUIEN REGISTRA				CARGO	

IDENTIFICACION DEL PACIENTE										
NOMBRE(S)					APELLIDOS					
TIPO DE IDENTIFICACION				NUMERO DE IDENTIFICACION	NUMERO DE HISTORIA CLINICA	EDAD		SEXO		PESO (Kg)
RC	TI	CC	CE	Otro			Meses Años	F	M	
PROCEDIMIENTO										
LUGAR DEL CUERPO					CONSENTIMIENTO INFORMADO			SI	NO	

ENTRADA	✓	PAUSA	✓	SALIDA	✓
El paciente ha confirmado: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Su identidad</li> <li>- Sitio quirúrgico</li> <li>- El procedimiento</li> <li>- Su consentimiento</li> <li>- Marca en el lugar del cuerpo</li> </ul>		<b>Confirma que todos los miembros del equipo se hayan presentado por su nombre y función.</b>		<b>La enfermera confirma verbalmente con el equipo quirúrgico</b>	
Demarcación del sitio quirúrgico / No procede		Cirujano, anestesia y enfermera confirman verbalmente: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Identidad del paciente</li> <li>- Sitio quirúrgico</li> <li>- El procedimiento</li> </ul>		- El nombre del procedimiento realizado	
Se ha completado el control de la seguridad de la anestesia (Equipos y medicación anestésica completos)				- Que los recuentos de instrumental, gases o agujas son correctos ( No procede)	
Pulxiómetro ubicado en paciente y funcionando		<b>PREVISION DE EVENTOS CRITICOS:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- El cirujano revisa: Los pasos críticos o imprevistos, la duración de la operación y la pérdida de sangre prevista.</li> <li>- El equipo de anestesia revisa: Si el paciente presenta algún problema específico.</li> <li>- El equipo de enfermería revisa: si se ha confirmado la esterilidad (con resultados de los indicadores) y si existen dudas o problemas relacionados con el instrumental y los equipos.</li> </ul>		- El etiquetado de las muestras ( que figure el nombre del paciente)	
Tiene el paciente alergias conocidas: SI _____ NO _____				- Si hay problemas que resolver relacionados con el instrumental y los equipos	
Vía aérea difícil / Riesgo de aspiración. SI _____, Y hay instrumental y equipos/ ayuda disponible NO _____					
Riesgo de hemorragia mayor a 500 ml (7ml por kg en los niños). NO _____ SI _____ y se ha previsto la disponibilidad de acceso intravenoso y líquidos adecuados.		Se ha administrado profilaxis antibiótica en los últimos 60 minutos SI _____ NO PROCEDE _____  Pueden visualizarse las imágenes diagnosticas esenciales. SI _____ NO PROCEDE _____		El cirujano, anestesia y enfermería revisa los principales aspectos de la recuperación y el tratamiento del paciente	

<b>ANESTESIOLOGO:</b> _____	<b>ESPECIALISTA:</b> _____	<b>CIRCULANTE:</b> _____
-----------------------------	----------------------------	--------------------------

<b>Elaboro:</b> Adaptado de la organización mundial de la salud Nombre	<b>Reviso:</b> Nidia Yaneth Lizcano Arismendi Nombre	<b>Aprobó:</b> Maribel Trujillo Botello Nombre
Fecha: 03 de Diciembre de 2009	Fecha: 09 de Diciembre de 2009	Fecha: 09 de Diciembre de 2009