

 Gobernación 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	

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"> - Su identidad - Lugar quirurgico - El procedimiento - Su consentimiento 		Confirma que todos los miembros del equipo se hayan presentado por su nombre y función.		La enfermera confirma verbalmente con el equipo quirúrgico <ul style="list-style-type: none"> - El nombre del procedimiento realizado - Que los recuentos de instrumental, gases o agujas son correctos (No procede) - El etiquetado de las muestras (que figure el nombre del paciente) - Si hay problemas que resolver relacionados con el instrumental y los equipos 	
Demarcación del sitio quirúrgico / No procede		Cirujano, anestesia y enfermera confirman verbalmente: <ul style="list-style-type: none"> - Identidad del paciente - Sitio quirúrgico - El procedimiento 			
Se ha completado el control de la seguridad de la anestesia (Equipos y medicación anestésica completos)					
Pulxiómetro ubicado en paciente y funcionando		PREVISION DE EVENTOS CRITICOS: <ul style="list-style-type: none"> - El cirujano revisa: Los pasos críticos o imprevistos, la duración de la operación y la pérdida de sangre prevista. - El equipo de anestesia revisa: Si el paciente presenta algún problema específico. - El equipo de Instrumentad@ 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. 			
Tiene el paciente alergias conocidas: SI _____ NO _____					
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	

ANESTESIOLOGO: _____	ESPECIALISTA: _____	CIRCULANTE: _____
-----------------------------	----------------------------	--------------------------

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