

Apellidos y Nombres del Paciente		Fecha de Cirugía		Número HC
		Día	Mes	Año
Procedimiento Programado		Procedimiento Realizado		

## ANTES DE LA ADMINISTRACIÓN DE LA ANESTESIA ENTRADA

☐ ¿Verificó consentimiento informado quirúrgico/anestesia/volantes, previamente?

El paciente ha confirmado:

☐ Su identidad ☐ El Lugar del cuerpo

☐ Procedimiento quirúrgico

☐ ¿Verificó ayuno? Sólido ☐ Líquidos claros ☐

¿Tiene el Paciente...  
¿Alguna alergia conocida?

NO \_\_ SI \_\_Cuál \_\_\_\_\_

☐ ¿Verificó administración de profilaxis antibiótica ☐ entre 30 y 60 minutos previos? ☐ No aplica  
Nombre del antibiótico \_\_\_\_\_  
Hora inicio de administración \_\_\_\_\_  
Hora final de administración \_\_\_\_\_

☐ ¿Sitio quirúrgico marcado por el cirujano?

☐ ¿Verificó medicación y equipos anestésicos completos y funcionando (máquina, monitor, pulsoxímetro, etc.)

¿Diátesis hemorrágica ó consume medicamento que interfieran con la coagulación?

NO \_\_ SI \_\_Cuál \_\_\_\_\_

¿Pérdida sanguínea estimada >1000ml (15 ml/kilo en niños)?

NO \_\_ SI \_\_

☐ ¿Se revisaron y se muestran las imágenes diagnósticas necesarias?

¿Dificultad con la vía respiratoria ó riesgo de aspiración?

NO \_\_ SI \_\_ y el equipo y la asistencia están disponibles

☐ ¿Verificó que equipos e insumos necesarios para el procedimiento ¿están listos, completos y estériles?

☐ ¿Verificó remisiones y soporte técnico?

Nombre \_\_\_\_\_ Casa \_\_\_\_\_

☐ Se revisó seguridad de electrocauterio

☐ ¿Se revisa posición de medias antiembólicas y compresión mecánica?

Quando hay personal nuevo, confirmar que todo el personal se ha identificado por su nombre y función.

☐ No aplica ☐ Si aplica

**Anticipación de pasos críticos:**

☐ Cirujana (o) repasa: ¿Cuáles son los pasos críticos o Inesperados, la duración de la operación?

☐ Anestesióloga (o) repasa: ¿presenta el paciente alguna condición que genere preocupación?

☐ Se verifica con instrumentadoras recuento de gasas, mechas y compresas.

☐ ¿Se revisó la sujeción del paciente a la mesa para evitar caídas?

☐ NO ☐ SI

☐ ¿Se revisó la ausencia de puntos de presión externa en el paciente?

☐ NO ☐ SI

## ANTES DEL CIERRE DE INCISIONES Y HERIDAS SALIDA

☐ El cirujano hace revisión de las cavidades intervenidas antes de iniciar su cierre buscando cuerpos extraños y lo informa

☐ No aplica

☐ La enfermera confirma verbalmente con el personal:

☐ El nombre de la operación registrada

☐ Los recuentos de los instrumentos agujas, gasas y compresas son correctos

☐ No aplica

Muestras biológicas debidamente preparadas y rotuladas

☐ Patologías en medio adecuado

☐ Laboratorios en medio adecuados

Sitio donde se envía la patología \_\_\_\_\_

☐ No aplica

¿Hubo problemas con equipos ó con material que requieran atención? ☐ NO ☐ SI

Si la respuesta anterior es sí, ¿se diligencia el formato de evento adverso? ☐ NO ☐ SI

Cirujana (o) anestesióloga (o) enfermera e instrumentadora repasan en voz alta las inquietudes clave sobre la recuperación y el manejo de este paciente:

¿Se recomienda trombo profilaxis? ☐ NO ☐ SI

Si la respuesta anterior es sí, por favor diligencie:

\_\_ Movilización \_\_ Medicación

\_\_ Medias antiembólicas Cual: \_\_\_\_\_

¿Se verifica indicaciones analgésicas?

NO \_\_ SI \_\_

¿Hubo eventos adversos?

NO \_\_ SI \_\_

OBSERVACIONES: Si el paciente tiene cambio de posición en la mesa debe repetirse la PAUSA \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

CIRUJANO ANESTESIÓLOGO INSTRUMENTADORA CIRCULANTE DE SALAS