

A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO Y USUARIO / PACIENTE

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	UNICÓDIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA	NÚMERO DE ARCHIVO	No. HOJA				
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	SEXO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)			
						H	D	M	A

B. DATOS DE LA CIRUGÍA

FECHA (aaaa-mm-dd)	PROCEDIMIENTO PROPUESTO	QUIRÓFANO

C. ENTRADA

(Antes de la inducción de la anestesia)

El paciente ha confirmado

SI	NO
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Su identidad
Sitio quirúrgico
El procedimiento
Su consentimiento verbal y escrito

Demarcación del sitio quirúrgico

SI ☐ NO ☐ NO PROCEDE ☐

Se ha completado el control formal del instrumental anestésico, medicación y riesgo anestésico

SI	NO
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Equipo de intubación
Equipo de aspiración de la vía aérea
Sistema de ventilación
Oxígeno
Fármacos inhalados
Medicación

Pulsoxímetro colocado en el paciente y funcionando

SI ☐ NO ☐

Capnógrafo colocado y funcionando

SI ☐ NO ☐ NO PROCEDE ☐

Tiene el paciente alergias conocidas

SI ☐ NO ☐ Cuales _____

Vía aérea difícil / riesgo de aspiración

☐ SI, y hay instrumental y equipos disponibles
☐ NO

Riesgo de hemorragia > 500 ml (7 ml/kg en niños)

☐ SI, y se ha previsto la disponibilidad de acceso intravenoso y líquidos adecuados.
☐ NO

Se ha confirmado la reserva de hemoderivados con el laboratorio

SI ☐ NO ☐ NO APLICA ☐

D. PAUSA QUIRÚRGICA

(Antes de la incisión cutánea)

Confirmación que todos los miembros del equipo se han presentado por su nombre y función

SI ☐ NO ☐

Responsable de la lista de chequeo confirma verbalmente con el equipo quirúrgico:

SI	NO
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Identidad del paciente
Sitio quirúrgico
Procedimiento (lateralidad)

Previsión de eventos críticos

El cirujano expresa:

SI	NO
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Duración del procedimiento
Pérdida prevista de sangre

El anestesiólogo expresa algún problema específico

SI	NO
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Equipo de enfermería y/o instrumentación quirúrgica revisa:

SI	NO
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Esterilidad (con resultado de Indicadores e integradores químicos internos y externos)

Recuento INICIAL de material blanco e Instrumental quirúrgico.

Dudas o problemas relacionados con el instrumental y equipos.

Se ha administrado profilaxis antibiótica en los últimos 60 minutos

SI ☐ NO ☐ NO PROCEDE ☐

Dispone de imágenes diagnósticas esenciales Para el procedimiento quirúrgico

SI ☐ NO ☐ NO PROCEDE ☐

E. SALIDA

(Antes de que el paciente salga del quirófano)

El responsable de la lista de chequeo confirma verbalmente con el equipo quirúrgico:

El recuento FINAL de material blanco e instrumental quirúrgico (previo al cierre) este completo:

SI ☐ NO ☐

Hubo necesidad de empaquetar al paciente

SI ☐ NO ☐

Registre el número de compresas _____

Nombre del procedimiento realizado _____

Clasificación de la herida

Limpia	<input type="checkbox"/>	Contaminada	<input type="checkbox"/>
Limpia-contaminada	<input type="checkbox"/>	Sucia	<input type="checkbox"/>

Toma de muestras SI ☐ NO ☐

Etiquetado de las muestras (nombres y apellidos completos del paciente, historia clínica, fecha)

SI ☐ NO ☐

Identifique el tipo de muestra a enviar

Citoquímico ☐ No. _____
Nombre: _____

Cultivos ☐ No. _____
Nombre: _____

Anatomopatológico ☐ No. _____
Nombre: _____

Otros: _____

Si hay problemas que resolver, relacionados con el instrumental y los equipos

SI ☐ NO ☐

Cuáles: _____

El cirujano, el anestesiólogo y el personal de enfermería revisan los principales aspectos de la recuperación del paciente.

SI ☐ NO ☐

F. DATOS DE LOS PROFESIONALES RESPONSABLES

NOMBRE COMPLETO DE LA PERSONA RESPONSABLE DE LA LISTA DE VERIFICACIÓN	NOMBRE COMPLETO DEL CIRUJANO	NOMBRE COMPLETO DEL ANESTESIÓLOGO
FIRMA Y SELLO	FIRMA Y SELLO	FIRMA Y SELLO