

## 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	CONDICION 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

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

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

SI  NO

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  NO  Si, y hay instrumental y equipos disponibles

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

SI  NO  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

## F. DATOS DE LOS PROFESIONALES RESPONSABLES

NOMBRE COMPLETO DE LA PERSONA RESPONSABLE DE LA LISTA DE VERIFICACIÓN	NOMBRE COMPLETO DEL CIRJANO	NOMBRE COMPLETO DEL ANESTESIOLOGO
FIRMA Y SELLO	FIRMA Y SELLO	FIRMA Y SELLO

## 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  Contaminada   
Limpia-contaminada  Sucia

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

Cuales:

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

SI  NO