

	MEINTEGRAL S.A.S		Código: M-CX-LC-CS-TV-14	
	LISTA DE CHEQUEO		Versión: 2.0	Año: 2021
	CIRUGÍA SEGURA		Página: 1 de 2	

FECHA		HORA		SERVICIO				Quirófano						
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO				PRIMER NOMBRE			SEGUNDO NOMBRE		ENTIDAD RESPONSABLE DEL PBS			
GRUPO SANGUÍNEO - RH		TIPO DE IDENTIFICACIÓN						NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN		EDAD		PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO		
		CC	CE	RC	TI	CN	AS	MS						

ENTRADA			PAUSA QUIRUGICA			SALIDA			
1.	El paciente ha confirmado su identidad:	SI	NO	Se verifica que todos los miembros del equipo, se hayan presentado por su nombre y función. SI NO Cirujano, anestesista y enfermero, confirman verbalmente: • La identidad del paciente: SI NO • El sitio quirúrgico: SI NO • El procedimiento: SI NO			El enfermero confirma verbalmente con el equipo: El nombre del procedimiento realizado: SI NO Los recuentos de instrumentos, gasas y agujas son correctos: SI NO		
2.	El sitio quirúrgico:	SI	NO						
3.	El procedimiento:	SI	NO						
4.	Su consentimiento:	SI	NO						
5.	Demarcación del sitio:	SI	NO	PREVISIÓN DE EVENTOS CRÍTICOS:			El etiquetado de las muestras: Que figure el nombre del paciente: SI NO Si hay problemas que resolver relacionados con el instrumental y los equipos: SI NO El cirujano, anestesista y enfermero, revisan los principales aspectos de la recuperación y el tratamiento del paciente. SI NO		
6.	Se ha completado el control de la seguridad de la Anestesia	SI	NO	1.	El cirujano revisa: Los pasos críticos o imprevistos, la	SI			NO
7.	Pulsioxímetro colocado y en funcionamiento	SI	NO	2.	duración de la operación y la pérdida de sangre prevista.	SI			NO Procede
8.	¿Tiene el Paciente alergias conocidas? ¿Cual?	SI	NO	3.	El equipo de anestesia revisa: Si el paciente presenta algún problema específico.	SI			NO Procede
9.	Vía aérea difícil /riesgo de aspiración y el equipo y la asistencia están disponibles.	SI	NO	4.	El equipo de enfermería revisa: si se ha confirmado la esterilidad (con resultado de los indicadores) y si existen dudas o problemas relacionados con el instrumental o los equipos.	SI	NO Procede	Firma del Cirujano/a: Nombre del cirujano: Firma del cirujano/a: Firma del Anestesiólogo/a: Firma del Enfermero/a:	
10.	Riesgo de Hemorragia > 500 ml (7 ml/kg en niños)	SI	NO						
11.	Se ha previsto la disponibilidad de acceso intravenoso y líquidos adecuados.	SI	NO	5.	¿Se ha administrado profilaxis antibiótica en los últimos 60 minutos?	SI	NO Procede		
12.	Se confirma la reserva de hemoderivados	SI	NO	6.					
13.	Paciente Monitorizado:	SI	NO						
14.	Se ha verificado la funcionalidad de los equipos biomédicos	SI	NO						