



INSTITUTO REGIONAL  
DE OFTALMOLOGÍA  
Javier Serral Unzuazo

# LISTA DE SEGURIDAD PARA PACIENTES QUIRÚRGICOS

Apellidos del paciente: .....

Nombres: .....

Edad: .....

Sexo: .....

HC: .....

Diagnóstico: .....

Cirujía: .....

Observación: .....

Antes que el paciente ingrese a quirófano		LISTA DE VERIFICACIÓN DE CIRUGÍAS SEGURAS	
Consejería:	LUGAR FECHA	Antes de la cirugía Enfermera, asistente, resistente y anestesiólogo	Antes que el paciente salga del quirófano Enfermera, asistente resistente y anestesiólogo
CONFIRMA			
DNI/HC		SI	NO
Consentimiento firmado			
Tipo de cirugía			
OD OI AO	OJO		
Local General	Tipo de anestesia		
RIESGO QUIRÚRGICO			
EKG			
ASA/GOLDMANN			
Pediátrico			
ANTECEDENTES			
SI NO DSC	Hipertensión Arterial		
SI NO DSC	Diabétes		
SI NO DSC	Alergia		
SI NO DSC	Hepatitis B-C/VIH		
CONSTATA			
SI NO	Prótesis móvil Dental, ocular		
SI NO	Audifono, lentes de contacto, joyas, gafas		
NA 4 6 8 horas antes	Ayuno		
Poder. Constante: .....	LIO		
Dispersivo - Cohesivo	Contaje cél. endoteliales Viscoselástico		
.....dl	Hemoglobina		
.....dl	Glucosa		
.....dl	Urea/Creatinina		
.....dl	Tiempo de coagulación		
Residente: .....		Instrumentista: .....	
Anestesiólogo: .....		Circulante: .....	



REGISTRO DE ENFERMERÍA																													
<b>ENTREVISTA ENFERMERÍA</b>					<b>PREOPERATORIO</b>																								
<b>Fecha</b> /    / RA    mmHg    P    T°					<b>Fecha</b> /    / PA    mmHg    SPO2    T°    P																								
Paciente OTEP <input type="checkbox"/> Desorientado <input type="checkbox"/> Dependiente <input type="checkbox"/> Acude: Solo: <input type="checkbox"/> Acompañado <input type="checkbox"/>					Peso PERMEABILIZA VÍA ENDOVENOSA    SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>																								
Antecedentes personales: Educa sobre: Diagnóstico <input type="checkbox"/> Cirugía <input type="checkbox"/> Cuidado: Pre: <input type="checkbox"/> Intra <input type="checkbox"/> Post operatorio <input type="checkbox"/>					Paciente OTEP    SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Se muestra: Colaborador <input type="checkbox"/> Temeroso <input type="checkbox"/> Tranquilo <input type="checkbox"/> Ansioso <input type="checkbox"/> Hiperactivo <input type="checkbox"/> Molesto <input type="checkbox"/>																								
<b>Medidas de seguridad y auto cuidado, el paciente debe estar atento a:</b> <input type="checkbox"/> Nombre completo <input type="checkbox"/> Nombre de la cirugía <input type="checkbox"/> Ojo ser operado					Se prepara pupila: OD <input type="checkbox"/> OI <input type="checkbox"/> AO <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/> Tropicamida <input type="checkbox"/> Fenilefrina <input type="checkbox"/> Pilocarpina <input type="checkbox"/> Diclofenaco <input type="checkbox"/>																								
<b>Informa</b> <input type="checkbox"/> Acudir acompañado (solamente un familiar) <input type="checkbox"/> Trámite SIS/pago/exoneración <input type="checkbox"/> Fecha y hora de cirugía <input type="checkbox"/> Trae bolsa para ropa <input type="checkbox"/> Acudir bañado, sin joyas, sin esmalte en las uñas, sin prótesis dental movable <input type="checkbox"/> Posición durante la cirugía y tolerancia al rostro cubierto por campo estéril					<b>Administra tratamiento</b>   																								
<b>Refuerza</b> Alimentación: <input type="checkbox"/> Continuar <input type="checkbox"/> Ayuno desde: _____ Día: _____ Suspender medicamento: _____ Continuar con tratamiento para: _____																													
<b>Firma y sello</b>					<b>Firma y sello</b>																								
REPORTE OPERATORIO																													
<b>LIMPIEZA DE LA ZONA QUIRÚRGICA</b> Yodopovidona 5% <input type="checkbox"/> 10% <input type="checkbox"/> Alcohol 70% <input type="checkbox"/> Clorexidina 4% <input type="checkbox"/>			<b>MÉDICO COLOCA ANESTESIA</b> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> <b>LOCAL</b>  <input type="checkbox"/> Tópica  <input type="checkbox"/> Subconjuntival  <input type="checkbox"/> Penibulbar  <input type="checkbox"/> Transcutánea  <input type="checkbox"/> Subtenoniana  <input type="checkbox"/> Intracameral </div> <div style="width: 45%;"> <b>GENERAL</b>  <input type="checkbox"/> Inhalación  <input type="checkbox"/> Sedación  <input type="checkbox"/> AGB </div> </div>				<b>INFORMACIÓN ADICIONAL</b>   																						
<b>ANESTESIA</b> Se cargó jeringa con: <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="text-align: left;">MEDICAMENTO</th> <th style="text-align: left;">CANTIDAD</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Lidocaína 2% S/epinefrina</td> <td>CC</td> </tr> <tr> <td>Lidocaína con epinefrina</td> <td>CC</td> </tr> <tr> <td>Bupivacaína</td> <td>CC</td> </tr> </tbody> </table>			MEDICAMENTO	CANTIDAD	Lidocaína 2% S/epinefrina	CC				Lidocaína con epinefrina	CC	Bupivacaína	CC																
MEDICAMENTO	CANTIDAD																												
Lidocaína 2% S/epinefrina	CC																												
Lidocaína con epinefrina	CC																												
Bupivacaína	CC																												
<b>Firma y sello</b>			<b>Firma y sello</b>																										
REPORTE POST-OPERATORIO																													
<b>Condición ingreso a URPA</b> <div style="display: flex; flex-wrap: wrap;"> <div style="width: 33%;"> <input type="checkbox"/> Paciente c/vía permeable  <input type="checkbox"/> OTEP    <input type="checkbox"/> Desorientado  <input type="checkbox"/> Dolor  <input type="checkbox"/> parche en ojo </div> <div style="width: 33%;"> <input type="checkbox"/> Paciente s/vía  <input type="checkbox"/> Somnoliento  <input type="checkbox"/> Quejumbroso  <input type="checkbox"/> Sin presencia de sangre </div> <div style="width: 33%;"> <input type="checkbox"/> Soporoso  <input type="checkbox"/> Tranquilo  <input type="checkbox"/> Con presencia de sangre </div> </div>																													
Funciones vitales: PA    mmHg    SPO2    T    R    Pulso																													
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="text-align: center;">Medicamentos administrados</th> <th style="text-align: center;">Via</th> <th style="text-align: center;">Dosis</th> <th style="text-align: center;">Hora</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table>										Medicamentos administrados	Via	Dosis	Hora																
Medicamentos administrados	Via	Dosis	Hora																										
<b>Condición del paciente al alta</b> <input type="checkbox"/> OTEP <input type="checkbox"/> Solo <input type="checkbox"/> Por sus propios medios <input type="checkbox"/> Indicación del medio			<b>Paciente se retira de SOP</b> <input type="checkbox"/> Inconsciente <input type="checkbox"/> Acompañado de un familiar <input type="checkbox"/> Silla de ruedas <input type="checkbox"/> Cita de control			<b>Hora:</b> <input type="checkbox"/> Desorientado <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Transferido <input type="checkbox"/> Camilla <input type="checkbox"/> Brindó educación de cuidados post operatorio																							
<b>Información adicional</b> .....																													
<b>Fecha</b>					<b>Firma y Sello</b>																								