



LISTA DE VERIFICACION DE CIRUGÍA SEGURA - HOSPITAL TEÓFILO DÁVILA

NOMBRE DEL PACIENTE: **H.C** **FECHA** **TIPO DE ANESTESIA**
 Dx Pre Operatorio Procedimiento Quirurgico Dx.Post. Operatorio

ANTES DE LA INDUCCIÓN ANESTESICA (Con enfermero/a y el anestesiolego/a como mínimo)	 ANTES DE LA INCISIÓN CUTANEA (Con enfermero/a, el anestesiolego/a y cirujano/a) 	ANTES DE QUE EL PACIENTE SALGA DE QUIROFANO (Con enfermero/a, el anestesiolego/a y cirujano/a)
¿Ha confirmado en el paciente su identidad, el sitio quirurgico, el procedimiento y su consentimiento? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Confirmar que todos los miembros del equipo se hayan presentado por su nombre y función <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	El enfermero/a confirma verbalmente: El nombre del procedimiento
¿Se ha marcado el sitio quirurgico? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO NO PROCEDE	Confirmar la identidad del paciente, el sitio quirurgico y el procedimiento <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
¿Se ha monitorizado al paciente y funciona ? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	¿Se ha administrado profilaxis antibiotica en los últimos 60 minutos? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	El recuento de instrumental , es correcto ? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
¿Se ha completado la comprobación de los aparatos de anestesia y la medicación anestésica? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Tiene el paciente: Alergias conocidas <input type="checkbox"/> SI Cuál..... <input type="checkbox"/> NO Vía aerea difícil/riesgo de aspiración <input type="checkbox"/> SI Cuál..... <input type="checkbox"/> NO Riesgo de hemorragia > 500ml. Y 7ml/Kg en niños <input type="checkbox"/> SI , y se ha previsto la disponibilidad de líquidos, sangre, dos vías IV o vía central <input type="checkbox"/> NO Se comprueba los exámenes Pre operatorios? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	PREVISIÓN DE EVENTOS FÍSICOS: CIRUJANO/A: ¿Cuánto durará la intervención?horas ¿Cuál es la pérdida de sangre prevista?.....cc ANESTESIOLOGO/A: ¿Presenta el paciente algún problema específico? EQUIPO DE ENFERMERÍA : ¿Se ha confirmado la esterilización (con los resultados de los indicadores) <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO ¿Hay dudas o problemas relacionados con el instrumental, equipos? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Puedes visualizar las imágenes diagnósticas esenciales? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	El recuento de gasas, agujas, compresas,es correcto <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Hay problemas que resolver relacionados con el instrumental y los equipos? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO El etiquetado de las muestras(lectura en voz alta, incluyendo el nombre del paciente) <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO CIRUJANO/A ANESTESIOLOGO/A Y ENFERMERO/A ¿Cuáles son los aspectos críticos de la recuperación y el tratamiento del paciente?

Nota: La presente lista se la realizará a cada uno de los pacientes que se sometán a cualquier procedimiento quirurgico.

Firma y sello _____ ANESTESIOLOGO/A
 _____ CIRUJANO/A
 _____ ENFERMERO/A