



LISTA DE CHEQUEO PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN CIRUGIA

CODIGO
CEP-LCSPC

NOMBRE DEL PACIENTE: _____

VERSIÓN-001

IDENTIFICACIÓN: _____ FECHA: _____

HOJA

PROCEDIMIENTO: _____ QUIROFANO: _____

1 DE 1

INGRESO DEL USUARIO

AUXILIAR DE TRANSFER

ANTECEDENTES

Patológicos: _____

Farmacológicos: _____

Alergias

SI

NO

Cual: _____

IDENTIFICACION DEL PACIENTE

Brazalete

SI

NO

Color: azul _____ amarillo _____ naranja _____

Sitio quirurgico: _____

Marcación

SI

N.A

Rasurado

SI

N.A

Permeabilidad de

vena periférica

SI

NO

Retiro de protesis

dental

SI

N.A

Ayuno: _____ Horas: _____

Consentimiento informado

diligenciado

SI

N.A

Imágenes

diagnosticas

SI

NO

FIRMA AUXILIAR TRANSFER

OBSERVACIONES: _____

QUIROFANO - PAUSA QUIRURGICA

MEDICO ANESTESIOLOGO

Equipos anestésicos listos

y funcionando

Vía aérea difícil

Riesgo de aspiración

Hemodilución

Tromboprofilaxis

SI

NO

SI

NO

SI

NO

SI

NO

SI

NO

FIRMA ANESTESIOLOGO

CIRUJANO

Confirma verbalmente:

Identidad del paciente

Nombre del procedimiento

Sitio quirurgico

Confirma procedimientos con poliza

Tiempo quirurgico estimado:

Hospitalizado

Revisión de imágenes

y/ fotografías

Profilaxis antibiologica

Nombre del antibiotico:

Riesgo de sangrado

SI

NO

SI

NO

SI

NO

SI

NO

SI

NO

SI

NO

FIRMA CIRUJANO

INSTRUMENTADORA

Instrumental completo y esteril

Seguridad de electrocauterio

SI

NO

SI

NO

FIRMA INSTRUMENTADORA

ANTES DE LA SALIDA DEL QUIROFANO

INSTRUMENTADORA

Recuento de gasas, agujas

y compresas completo

SI

N.A

FIRMA INSTRUMENTADORA

ENFERMERA

Sujeción a la mesa para

evitar caídas

Problemas en cirugía

Orden de hospitalización

Tromboprofilaxis

Ausencias de zonas de presión

Herida cubierta con:

Drenes

Cuales

SI

N.A

SI

NO

SI

N.A

SI

N.A

SI

NO

SI

NO

FIRMA ENFERMERA DE SALA