



CLÍNICA San Rafael				NOMBRE CIRUGÍA SEGURA				CÓDIGO 06-FT-043							
				TIPO DE DOCUMENTO FORMATO				PROCESO MISIONAL				VERSIÓN 008			
Nombre del paciente:				N° de documento:				EPS:				Fecha:			
ANTES DE LA INDUCCIÓN DE ANESTESIA				ANTES DE LA INCISIÓN CUTÁNEA				ANTES QUE EL PACIENTE SALGA DE QUIRÓFANO							
CON EL ANESTESIÓLOGO, CIRUJANO Y AUXILIAR DE ENFERMERÍA:				EL CIRUJANO: SE DEBE DE REALIZAR CON TODO EL EQUIPO QUIRURGICO				CON EL INSTRUMENTADOR, ANESTESIÓLOGO Y EL CIRUJANO:							
SI NO N/A				SI NO N/A				SI NO N/A							
ADMISIONES	¿Ha confirmado el paciente su identidad, el sitio quirúrgico y el procedimiento? ¿El paciente y su familia han entendido y firmado el formato de consentimiento informado?			SALA QUIRURGICA	¿Se ha confirmado que todos los miembros del equipo se hayan presentado por su nombre y función?			SALA DE RECUPERACIÓN	Cirujano: Confirma: ¿El nombre del procedimiento realizado?						
	¿Se ha marcado el sitio quirúrgico tras verificación con historia clínica y confirmación del paciente y familiar?				¿Se ha confirmado la identidad del paciente, el sitio quirúrgico, y el procedimiento?				Instrumentador: Confirma si esta completo el recuento de instrumentos, gasas, agujas?						
	¿Tiene el paciente alergias conocidas?				¿Se ha administrado profilaxis antibiótica en los últimos 60 min?				Auxiliar de Enfermería Verifica en voz alta, el etiquetado de las muestras, incluido el nombre del paciente: Número de muestras tomadas: _____ Nombre de la muestra: _____						
	Profilaxis antibiótica administrada: Hora de administración _____				¿Se ha realizado previsión de posibles complicaciones y eventos críticos?				Tipo de Fijacion de la(s) muestra(s): _____						
	¿Se confirma el ayuno del paciente?:				Se confirmó: ¿Cuánto durará el procedimiento?				Cirujano y anestesiólogo: Se confirmó e informó: ¿Cuáles son los aspectos críticos de la recuperación y el tratamiento de este paciente?						
SALA QUIRURGICA	¿Se ha completado la comprobación de los equipos de anestesia y los medicamentos anestésicos?			Se confirmó: ¿Cuál es la pérdida de sangre prevista?			FIRMA DEL CIRUJANO:								
	¿Se ha colocado el Pulsoxímetro al paciente y se ha corroborado su correcto funcionamiento?			Auxiliar de Enfermería: Diligenciamiento de tablero de sala de acuerdo con la anestesia a colocar.			FIRMA DEL ANESTESIÓLOGO:								
	Existe riesgo por: ¿Vía aérea difícil/riesgo de aspiración?			EL INSTRUMENTADOR:			FIRMA DEL INSTRUMENTADOR QUIRÚRGICO:								
	¿Se verifico la disponibilidad de instrumental y equipos disponible?			¿Se ha confirmado la esterilidad (con resultados de indicadores)?			FIRMA DE LA AUXILIAR DE ENFERMERIA:								
	¿Se ha confirmado si, existe riesgo de hemorragia > 500ml, (7ml/kg en niños)?			¿Hay dudas o problemas relacionados con el instrumental y los equipos?			NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO REALIZADO:								
ADMISIONES	¿Presenta el paciente antecedentes patológicos?			¿Pueden visualizarse las imágenes diagnósticas esenciales?											
	Observación: Antecedentes: Paciente con hipertensión arterial T/A: _____ Paciente diabético: Glucemia: _____			¿Se reconfirmó la marcación del sitio QX?			FIRMA DEL CIRUJANO:								
FIRMA DEL CIRUJANO:				FIRMA DEL ANESTESIÓLOGO:											
FIRMA DEL ANESTESIÓLOGO:				FIRMA DEL INSTRUMENTADOR QUIRÚRGICO:											
FIRMA DE LA AUXILIAR DE ENFERMERÍA:				FIRMA DE LA AUXILIAR DE ENFERMERÍA:											