



	NOMBRE CIRUGÍA SEGURA		CÓDIGO 06-FT-043
	TIPO DE DOCUMENTO FORMATO	PROCESO MISIONAL	VERSIÓN 010

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 ANESTESIOLOGO, CIRUJANO Y AUXILIAR DE ENFERMERÍA: HORA DE ADMISIÓN: _____				EL CIRUJANO: SE DEBE DE REALIZAR CON TODO EL EQUIPO QUIRURGICO- HORA DE INICIO CIRUGIA: _____				EL INSTRUMENTADOR, ANESTESIÓLOGO Y EL CIRUJANO - HORA DE TERMINACIÓN CIRUGIA: _____						
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?				¿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?				
	¿El paciente y su familia han entendido y firmado el formato de consentimiento informado?				¿Se ha confirmado la identidad del paciente, el sitio quirúrgico, y el procedimiento?					¿Instrumentador: Confirma si esta completo el recuento de instrumentos, compresas, gasas, agujas?				
	¿Se ha marcado el sitio quirúrgico tras verificación con historia clínica y confirmación del paciente y familiar?				¿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: _____				
	¿Tiene el paciente alergias conocidas?				¿Se ha realizado previsión de posibles complicaciones y eventos críticos?					Tipo de Fijación de la(s) muestra(s): _____				
	Profilaxis antibiótica administrada: Hora de administración _____				¿Se confirmó: ¿Cuánto durará el procedimiento?					¿Cirujano y anesthesiologo: 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?				MATERIAL DE OSTEOSINTESIS Y DISPOSITIVOS BIOMEDICOS: SI _____ NO: _____					
	Observación: Antecedentes: Paciente con hipertensión arterial T/A: _____ Paciente diabético: Glucemia: _____				¿Se reconfirmó la marcación del sitio QX?				CASA COMERCIAL: _____					
	FIRMA DEL CIRUJANO:			FIRMA DEL ANESTESIÓLOGO:			RESPONSABLE TRAMITE DE MAOS: AUDIFARMA _____			SOCIMEDICOS _____ EPS: _____ OTROS: _____				
FIRMA DEL ANESTESIÓLOGO:				FIRMA DEL INSTRUMENTADOR QUIRÚRGICO:				OBSERVACIONES DE ENTREGA DE TURNO INSTRUMENTADOR:						
FIRMA DE LA AUXILIAR DE ENFERMERÍA:				FIRMA DE LA AUXILIAR DE ENFERMERÍA:										