



	NOMBRE CIRUGÍA SEGURA		CÓDIGO 06-FT-043
	TIPO DE DOCUMENTO FORMATO	PROCESO MISSIONAL	VERSIÓN 009

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, ANESTESIOLOGO Y EL CIRUJANO - HORA DE TERMINACIÓN CIRUGIA: _____					
SI	NO	N/A		SI	NO	N/A		SI	NO	N/A			
ADMISSIONES	¿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?				¿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?					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 administrado profilaxis antibiótica en los últimos 60 min?					Tipo de fijación de la(s) muestra(s): _____			
	Profilaxis antibiótica administrada: Hora de administración _____				¿Se ha realizado previsión de posibles complicaciones y eventos críticos?					Cirujano y anestesiólogo: Se confirmó e informó: ¿Cuáles son los aspectos críticos de la recuperación y el tratamiento de este paciente?			
	¿Se confirma el ayuno del paciente?:				Se confirmó: ¿Cuánto durará el procedimiento?								
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?				SALA QUIRURGICA	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 ANESTESIOLOGO:			
	Existe riesgo por: ¿Vía aérea difícil/riesgo de aspiración?				EL INSTRUMENTADOR:					FIRMA DEL INSTRUMENTADOR QUIRURGICO:			
	¿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:			
ADMISSIONES	¿Presenta el paciente antecedentes patológicos?				¿Pueden visualizarse las imágenes diagnósticas esenciales?				SALA QUIRURGICA	OBSERVACIONES DE ENTREGA DE TURNO INSTRUMENTADOR:			
	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 ANESTESIOLOGO:					FIRMA DEL INSTRUMENTADOR QUIRURGICO:			
FIRMA DEL ANESTESIOLOGO:				FIRMA DE LA AUXILIAR DE ENFERMERÍA:				FIRMA DEL INSTRUMENTADOR QUIRURGICO:					
FIRMA DE LA AUXILIAR DE ENFERMERÍA:				FIRMA DE LA AUXILIAR DE ENFERMERÍA:				FIRMA DE LA AUXILIAR DE ENFERMERÍA:					