



	<b>NOMBRE</b> <b>CIRUGÍA SEGURA</b>		<b>CÓDIGO</b> <b>06-FT-043</b>
	<b>TIPO DE DOCUMENTO</b> <b>FORMATO</b>	<b>PROCESO</b> <b>MISIONAL</b>	<b>VERSIÓN</b> 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 ANESTESIÓLOGO, 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	
<b>ADMISIONES</b>	¿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?			<b>SALA QUIRURGICA</b>	¿Se ha confirmado que todos los miembros del equipo se hayan presentado por su nombre y función?			<b>SALA DE RECUPERACIÓN</b>	<b>Cirujano:</b> 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?				<b>Instrumentador:</b> Confirma si esta completo el recuento de instrumentos, compresas, gasas, agujas?		
	¿Tiene el paciente alergias conocidas?				¿Se ha administrado profilaxis antibiótica en los últimos 60 min?				<b>Auxiliar de Enfermería</b> 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?				<b>Cirujano y anestesiólogo:</b> Se confirmó e informó: ¿Cuáles son los aspectos críticos de la recuperación y el tratamiento de este paciente?		
<b>SALA QUIRURGICA</b>	¿Se ha completado la comprobación de los equipos de anestesia y los medicamentos anestésicos?			Se confirmó: ¿Cuál es la pérdida de sangre prevista?			<b>FIRMA DEL CIRUJANO:</b>				
	¿Se ha colocado el Pulsoxímetro al paciente y se ha corroborado su correcto funcionamiento?			<b>Auxiliar de Enfermería:</b> Diligenciamiento de tablero de sala de acuerdo con la anestesia a colocar.			<b>FIRMA DEL ANESTESIÓLOGO:</b>				
	Existe riesgo por: ¿Vía aérea difícil/riesgo de aspiración?			<b>EL INSTRUMENTADOR:</b>			<b>FIRMA DEL INSTRUMENTADOR QUIRÚRGICO:</b>				
	¿Se verifico la disponibilidad de instrumental y equipos disponible?			¿Se ha confirmado la esterilidad (con resultados de indicadores)?			<b>FIRMA DE LA AUXILIAR DE ENFERMERIA:</b>				
	¿Se ha confirmado si, existe riesgo de hemorragia > 500ml, (7ml/kg en niños)?			¿Hay dudas o problemas relacionados con el instrumental y los equipos?			<b>NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO REALIZADO:</b>				
<b>ADMISIONES</b>	¿Presenta el paciente antecedentes patológicos?			¿Pueden visualizarse las imágenes diagnósticas esenciales?			<b>OBSERVACIONES DE ENTREGA DE TURNO INSTRUMENTADOR:</b>				
	<b>Observación:</b> Antecedentes: Paciente con hipertensión arterial T/A: _____ Paciente diabético: Glumetria: _____			¿Se reconfirmó la marcación del sitio QX?			<b>FIRMA DEL CIRUJANO:</b>				
	<b>FIRMA DEL CIRUJANO:</b>			<b>FIRMA DEL ANESTESIÓLOGO:</b>			<b>FIRMA DEL INSTRUMENTADOR QUIRÚRGICO:</b>				
<b>FIRMA DEL ANESTESIÓLOGO:</b>			<b>FIRMA DEL INSTRUMENTADOR QUIRÚRGICO:</b>			<b>FIRMA DE LA AUXILIAR DE ENFERMERÍA:</b>					
<b>FIRMA DE LA AUXILIAR DE ENFERMERÍA:</b>			<b>FIRMA DE LA AUXILIAR DE ENFERMERÍA:</b>								