



Fecha:	Hora:
--------	-------

### Lista de Verificación de Prácticas Quirúrgicas Seguras

Nombre del paciente:	No. de expediente:
----------------------	--------------------

Antes de la Inducción a la Anestesia <b>Responsable Anestesiólogo (a)</b>	
<b>Se ha confirmado:</b>	
<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO Identidad del paciente	<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> NA Sitio Marcado
<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO Sitio quirúrgico	<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO Se realizó el control de seguridad anestésica
<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO Procedimiento	<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO El oxímetro de pulso se le ha colocado al paciente y funciona
<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO Consentimiento Informado y firmado	
<b>Información sobre el paciente y planificación:</b>	
<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO Tiene el paciente alguna alergia conocida.	
<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO Presenta dificultad para intubación o riesgo de aspiración.	
<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO Presenta riesgo de pérdida sanguínea >500ml ( 7ml/Kg en los niños).	
<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> NA ¿Se cuenta con el equipo y la asistencia mínima necesaria?	
<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> NA Se ha planificado acceso intravenoso adecuado y la administración de líquidos.	

Antes de la Incisión Cutánea <b>Responsable Cirujano (a)</b>	
<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO Cirujano confirma: que todos los miembros del equipo se han presentado por su nombre y función	
<b>El Cirujano, Anestesiólogo, Instrumentista confirman verbalmente:</b>	
<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO La identidad del paciente	
<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO El sitio quirúrgico	
<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO El procedimiento	
<b>Pasos Críticos previos a la cirugía</b>	
<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO <b>El cirujano repasa:</b> ¿Cuáles son los pasos críticos o inesperados, duración de la operación y pérdida sanguínea prevista?.	
<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO <b>El cirujano confirma con Anestesiólogo (a):</b> Hay consideraciones específicas con el paciente	
<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO <b>El cirujano confirma con Instrumentista:</b> La esterilidad del instrumental y equipo necesario.	
<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> NA <b>Se ha administrado profilaxis antibiótica en los últimos 60 minutos.</b>	
<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> NA <b>Se muestran las imágenes radiológicas esenciales.</b>	

Antes de la Salida del Quirófano <b>Responsable Instrumentista</b>	
<b>El (la) instrumentista confirma verbalmente con el equipo:</b>	
<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO Nombre del procedimiento realizado.	
<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO Que el recuento del instrumental, paños, gasas, torundas y agujas es correcto.	
<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> NA Rotulado de las muestras biológicas. (Incluido el nombre del paciente y número de expediente).	
<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO Hay problemas con el equipo o instrumental que requieran atención.	
<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO El Cirujano, Anestesiólogo, Instrumentista examinan los aspectos claves para la recuperación y manejo post operatorio.	

Nombre del Cirujano	Firma del Cirujano	Código
Nombre del Anestesiólogo	Firma del Anestesiólogo	Código
Nombre del Instrumentista	Firma del Instrumentista	Código