CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL
GERENCIA MÉDICA
PROGRAMA NACIONAL DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE

Hospital: xxxxxxxxxx

REPORTE DE INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS MAYORES

Instrucciones para el registro de la información:
1. Ingrese los datos del paciente, número de expediente, primer apellido, segundo apellido, nombre, fecha de nacimiento y sexo (columnas 1, 2, 3, 4, 5 y 6).
2. Ingrese la fecha en la cual se realizó la intervención quirúrgica (columna 7).
3.Ingrese "SÍ" si se aplicó la lista en la totalidad de los items según corresponda: Antes de la inducción a la anestesia (columna 8), Antes de la incisión cutánea (columna 9) y Antes de la salida del quirófano (columna 10), de lo contrario ingrese "No" e indique en Observaciones (columna 11), cual o cuales items no se aplicaron.

Aclaraciones:
1. El reporte debe enviarse en forma electrónica la primera semana de cada mes al Programa Nacional de Calidad y Seguridad del Paciente (cirugiasegura.cr@gmail.com).
2. Debe incluir todas las intervenciones quirúrgicas mayores realizadas en el quirófano.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
No. Expediente	Primer apellido	Segundo apellido	Nombre	Fecha de Nacimiento	Género	Fecha de Intervención quirúrgica mayor	Lista de Verificación de las Prácticas Quirúrgicas Seguras, ¿se aplicó la lista con criterios de calidad? (Si, No)			Observaciones
							Antes de la Inducción a la Anestesia	Antes de la Incisión Cutánea	Antes de la Salida del Quirófano	