



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



CUESTIONARIO DE AUTOEVALUACIÓN
CIRUGÍA SEGURA - SALVA VIDAS

INDICADOR H-0000-05

Fecha: _____

Hospital: _____

1 Número de cirugías realizadas del 01 Enero al 31 de Octubre 2010.

2 Número de expedientes de pacientes operados con la lista incluida.

3 La lista de verificación "**cirugía segura**" fue implementada en todas las ciugías realizadas.

SI

NO

4 Si marcó **NO**, que lo motivo (causas)?

5 ¿Qué riesgos se pudieron detectar y evitar con la solo aplicación de la Lista de Verificación de Prácticas Quirúrgicas Seguras? "Enlistar"

6 ¿Qué estrategias de prevención se han realizado para evitar la persistencia de los riesgos detectados?.

Firma Equipo Gestor Sala de Operaciones:

Cirujano _____

Anestesista _____

Instrumentista _____

Firma Jéfe de Registros Médicos / Estadística: _____

Firma del Director Médico: _____