

Antes de la Inducción anestésica



Antes de la incisión



Antes de la salida del quirófano

INGRESO	PAUSA	SALIDA
<input type="checkbox"/> EL PACIENTE HA CONFIRMADO <ul style="list-style-type: none"> •IDENTIDAD •SITIO •PROCEDIMIENTO •CONSENTIMIENTO 	<input type="checkbox"/> CONFIRMAR LA IDENTIFICACION Y FUNCION DE CADA PERSONA EN EL QUIROFANO	<input type="checkbox"/> ENFERMERIA CONFIRMA CON EL EQUIPO
<input type="checkbox"/> SITIO MARCADO / NO APLICA	<input type="checkbox"/> EL CIRUJANO, ANESTESIOLOGO Y ENFERMERA CONFIRMAN VERBALMENTE <ul style="list-style-type: none"> •PACIENTE •SITIO •PROCEDIMIENTO 	<input type="checkbox"/> LA CIRUGIA REALIZADA
<input type="checkbox"/> LISTA DE CHEQUEO ANESTESICO COMPLETA: MAQUINA, MEDICACIONES ELEMENTOS	EVENTOS CRITICOS PROBABLES	<input type="checkbox"/> CONTEOS COMPLETOS DE CORTANTES, GASAS COMPRESAS (O NO SE APLICA)
<input type="checkbox"/> PULSOXIMETRIA FUNCIONANDO EN PACIENTE	<input type="checkbox"/> EL CIRUJANO HACE UN ANALISIS: CUALES SON LOS PASOS CRITICOS, O INESPERADOS, LA DURACION DE LA CIRUGIA, Y LA PERDIDA ESTIMADA DE SANGRE?	<input type="checkbox"/> COMO SE MARCARON LAS MUESTRAS (INCLUYENDO EL NOMBRE DEL PACIENTE)
TIENE EL PACIENTE? ALERGIAS CONOCIDAS? <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI 	<input type="checkbox"/> EL ANESTESIOLOGO HACE UN ANALISIS: EXISTEN DIFICULTADES ESPECIFICAS DEL PACIENTE?	<input type="checkbox"/> EXISTIERON PROBLEMAS DE EQUIPOS QUE DEBAN SER DISCUTIDOS
RIESGO DE VIA AEREA DIFICIL / BRONCOASPIRACION? <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI, Y HAY EQUIPO Y AYUDA DISPONIBLE 	<input type="checkbox"/> INSTRUMENTACION HACE UN ANALISIS: SE HA VERIFICADO LA ESTERILIDAD (INCLUYENDO INDICADORES)? HAY PREOCUPACIONES O PROBLEMAS CON EL EQUIPO?	<input type="checkbox"/> EL CIRUJANO, ANESTESIOLOGO, Y ENFERMERIA HACEN LAS CONSIDERACIONES PARTICULARES PARA LA RECUPERACION Y MANEJO POP DEL PACIENTE
RIESGO DE HEMORRAGIA >500ML (7ML/KG EN NIÑOS)? <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI Y SE HAN PLANEADO ACCESO IV Y FLUIDOS ADECUADOS 	SE HA ADMINISTRADO PROFILAXIS ANTIBIOTICA EN LOS ULTIMOS 60 MINUTOS? <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO SE APLICA 	CONSIDERACIONES PARTICULARES: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> PROFILAXIS TROMBOSIS VENOSA <input type="checkbox"/> CUIDADOS INTERMEDIOS / INTENSIVOS <input type="checkbox"/> ANALGESIA POSTOPERATORIA
NOMBRE / SELLO	NOMBRE / SELLO	<input type="checkbox"/> OTRAS <input type="checkbox"/> ANESTESIOLOGO PRESENTE AL TERMINAR CASO NOMBRE / SELLO

ESTA LISTA DE CHEQUEO NO PRETENDE SER EXHAUSTIVA. SE RECOMIENDA QUE SE HAGAN ADICIONES, MODIFICACIONES PARA EL EJERCICIO LOCAL. TRADUCIDO Y ADAPTADO DE LA LISTA DE CHEQUEO DE LA OMS 2008- COMITÉ DE SEGURIDAD SCARE

