



LISTA DE VERIFICACIÓN DE CIRUGÍA SEGURA

Nombre y apellido del paciente:		
Cédula de identidad del paciente:		Fecha de nacimiento:
Antes de la inducción anestésica (Con el responsable de la Lista y el responsable de la anestesia)	Antes de la incisión cutánea (Con todo el Equipo Quirúrgico)	Antes del cierre Quirúrgico y de que el paciente salga del quirófano (Con el Equipo Quirúrgico)
ENTRADA	PAUSA QUIRÚRGICA	SALIDA
El paciente ha confirmado <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No su identidad <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No el sitio quirúrgico <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No el procedimiento <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No su consentimiento	Confirmar que todos los miembros del equipo se hayan presentado por su nombre y función, o confirmar que todos se conocen <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Sí	Se confirma verbalmente con el equipo Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> El nombre del procedimiento Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> El recuento de instrumentales gases, compresas, agujas Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> El etiquetado correcto de las muestras
El sitio quirúrgico se ha marcado <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Sí, está marcado	El Equipo Quirúrgico confirma verbalmente Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> la identidad del paciente Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> sitio quirúrgico Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> el procedimiento	Hay problemas que resolver relacionados con el instrumental y los equipos <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Sí
El equipo quirúrgico ha cumplido con el protocolo de higiene de manos <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Sí	Se ha realizado profilaxis antibiótica en los últimos 60 a 120 minutos <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No procede	El Equipo Quirúrgico revisa los principales aspectos de la recuperación y el tratamiento del paciente <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
Se ha verificado la condición clínica del paciente con todos los miembros del equipo quirúrgico <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	El cirujano revisa los pasos críticos, la duración de la cirugía y la pérdida de sangre prevista <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	
Se ha verificado los equipos, insumos y medicamentos para la anestesia <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	El equipo de anestesia revisa si el paciente presenta algún problema específico <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Firma y sello de cada integrante del equipo quirúrgico
Saturómetro de pulso colocado y equipo de monitorización en funcionamiento <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	El equipo de enfermería y el instrumentador revisan si existen problemas con el instrumental o equipos <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	
Tiene el paciente alergias conocidas <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Pueden visualizarse las imágenes o estudios diagnósticos esenciales <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	
Tiene el paciente vía aérea difícil/ riesgo de aspiración <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Sí, y hay instrumental y equipo disponible		
Riesgo de hemorragia > 500 ml (7 ml/kg en niños) <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Sí, y se ha previsto la disponibilidad de acceso intravenoso y líquidos adecuados/sangre		Fecha: