LISTA DE VERIFICACIÓN DE SEGURIDAD

Hospital De Pediatría "Prof. Dr. Juan P. Garrahan"

Antes de la inducción anestésica

NOMBRE DEL PACIENTE:

ENTRADA

CON PADRE/MADRE

ENFERMERO/A CONFIRMA:

- ☐ Identidad del niño con pulsera identificatoria
- ☐ Procedimiento
- ☐ Ayuno según protocolo
- ☐ Baño Prequirúrgico
- ☐ Historia Clínica

LA/EL CIRCULANTE CONFIRMA:

- ☐ Confirmación de esterilidad del instrumental
- ☐ Chequeo del correcto funcionamiento de todos los equipos necesarios

CON ANESTESISTA

- ☐ Control de equipamiento de anestesia
- ☐ Oxímetro de pulso colocado y funcionando

Chequeo de vía aérea (dificil/riesgo de aspiración?
Si ☐ No ☐

Si existe riesgo:hay equipo y ayuda disponible?
Si ☐ No ☐

☐ Verificación de alergias conocidas en el paciente

Alergia al Latex: Si ☐ No ☐

Verificación de riesgo de hemorragia (> 7ml/kg)
Si ☐ No ☐

Si existe: se cuenta con accesos vasculares y fluidos disponibles?
Si ☐ No ☐

El paciente requiere corticoides anti-stress:
Si ☐ No ☐

CON CIRUJANO/A

- ☐ Consentimiento firmado por los padres
- ☐ Marcación de sitio quirúrgico:
  - ☐ Si
  - ☐ No corresponde
- ☐ Exámenes complementarios necesarios disponibles (si corresponde)
- ☐ Imágenes

AMBOS

- ☐ Cirujano y anestesista conocen comorbilidades del paciente

FIRMA DEL RESPONSABLE:

►►►► Antes de la incisión cutánea ►►►►

HC:

PAUSA QUIRÚRGICA

LA/ EL CIRCULANTE CONFIRMA:
(En presencia de todo el equipo quirúrgico)

CON EL EQUIPO

- ☐ Todos los miembros del equipo son conocidos?
- ☐ Todo el equipo confirma:
  - La identidad del paciente
  - El sitio quirúrgico
  - El procedimiento

CON CIRUJANO

- ☐ Duración prevista de la cirugía: …….. Hs
- ☐ Pérdida de sangre prevista

CON ANESTESISTA

- ☐ El paciente requiere algún control especial durante el procedimiento quirúrgico? **(*)**
  Si ☐ No ☐
- ☐ Confirmación del uso profiláctico de antibióticos

(se administraron dentro de los 60 minutos antes de la incisión?)
- ☐ Si
- ☐ No indicado

AMBOS

- ☐ Chequeo de control de decubitos y fijación del paciente

FIRMA DEL RESPONSABLE:

Antes de la salida del quirófano

EDAD:

SALIDA

CON TODO EL EQUIPO QUIRÚRGICO

LA/ EL CIRCULANTE CONFIRMA:

- ☐ Nombre del procedimiento según consta
- ☐ Recuento de gasas y control de implantes e instrumental utilizado
- ☐ Muestras correctamente etiquetadas identificando destino

Hay condiciones especiales en el paciente a tener en cuenta durante la recuperación? **(*)**
Si ☐ No ☐

Hubo alguna complicación durante el acto quirúrgico? **(*)**
Si ☐ No ☐

- ☐ Parte quirúrgico escrito en Historia Clínica
- ☐ Parte anestésico escrito en Historia Clínica

OBSERVACIONES (*):

FIRMA DEL RESPONSABLE

FECHA Y HORA: