



SANATORIO AMERICANO

# CHEQUEO DE SEGURIDAD ANESTESICO QUIRURGICO

NOMBRE: \_\_\_\_\_

FECHA: / /

Nº D. OP: \_\_\_\_\_

## ANTES DE LA INDUCCION ANESTESICA

## ANTES DE LA INCISION QUIRURGICA

## ANTES DE LA SALIDA DEL PACIENTE DE SALA

<input type="checkbox"/> <b>El paciente ha confirmado:</b> * Identidad * Lugar Quirúrgico * Procedimiento * Consentimiento Informado: FIRMADO?  <input type="checkbox"/> <b>El Lugar quirúrgico está marcado / No aplicable</b> <input type="checkbox"/> <b>El Chequeo de Seguridad de Anestesia está completo</b> <b>El Paciente tiene colocado y funcionando:</b> * Pulsioxímetro * Presión arterial NO Invasiva * ECG  <b>El paciente tiene:</b> <b>Una Alergia conocida?</b> <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI  <input type="checkbox"/> <b>Vía Aérea dificultosa / Riesgo de Aspiración aumentado?</b> NO SI, y se dispone del equipo o asistencia necesarios  <b>Riesgo de Pérdida Sanguínea mayor de 500 ml (7 ml/kg en niños) ?</b> <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI, y hay una vía venosa adecuada y planificación de fluidos  <b>Se ha administrado Profilaxis Antibiótica dentro de los últimos 60 minutos?</b> <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO aplicable	<input type="checkbox"/> <b>El Cirujano, el Anestesiólogo y la Enfermera verbalmente confirman:</b> Paciente Sitio Procedimiento  <b>Revisión de Enfermería:</b> <input type="checkbox"/> Se ha confirmado la esterilidad del instrumental quirurgico (incluyendo resultados de los testigos indicadores)  <b>Revisión del Anestesiólogo:</b> <input type="checkbox"/> Hay alguna preocupación específica sobre el paciente?  <b>Revisión del Cirujano:</b> <input type="checkbox"/> Cuales son los pasos críticos, duración estimada y pérdidas sanguíneas estimadas?  <b>Es esencial equipo de radiología: RX?</b> <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No aplicable  <b>Anatomo Patologo en sala para Anatomia extemporanea</b> <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No aplicable	<b>La Enfermera verbalmente confirma con el equipo:</b>  <input type="checkbox"/> Nombre del procedimiento realizado <input type="checkbox"/> Recuento de instrumental, material blanco y agujas es correcto. ( o No Aplicable)  <input type="checkbox"/> Que lo extraido del paciente esta correctamente etiquetado( incluyendo el nombre y los datos requeridos) y el correcto medio de conservacion  <input type="checkbox"/> Si hay que ocuparse de algun problema con el equipamiento  <input type="checkbox"/> <b>El cirujano y el Anestesiólogo reveen elementos claves para la recuperacion del paciente</b>
---	--	---

Experiencia piloto, adaptado de: "La Cirugia segura salva vidas" OMS  
<http://www.who.int/patientsafety/challenge/safe.surgery/>.

REALIZADO POR: \_\_\_\_\_

Acto quirurgico: \_\_\_\_\_