**NOMBRE: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ DOCUMENTO: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ EDAD: \_\_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ PROCEDIMIENTO: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ENTRADA**  **(Antes de la inducción de anestesia)**  **1.EL PACIENTE HA CONFIRMADO**  \_\_\_SU IDENTIDAD  \_\_\_EL PROCEDIMIENTO  \_\_\_SU CONSENTIMIENTO  **2. EL SITIO DEL PROCEDIMIENTO SE HA MARCADO**  \_\_\_SI \_\_\_NO  **3. EL MEDICO ESPECIALISTA VERIFICA**  \_\_\_VALORACIÓN PRE ANESTÉSICA.  \_\_\_INDICACIONES PREPROCEDIMIENTO  \_\_\_TOMA DE MEDICAMENTOS  **4.SE HA COMPLETADO EL CONTROL DE LA SEGURIDAD DE LA ANESTESIA**  **\_\_\_**SI \_\_\_NO  **5.PULSIOXÍMETRO COLOCADO Y EN FUNCIONAMIENTO**  **\_\_\_**SI \_\_\_NO  **6. ¿TIENE EL PACIENTE: ¿ALERGIAS CONOCIDAS?**  \_\_\_SI \_\_\_NO  ¿CUAL? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **8. TIENE RIESGO DE HEMORRAGIA > 500 ML?**  \_\_\_NO  \_\_\_SÍ, (Y SE HA PREVISTO LA DISPONIBILIDAD DE ACCESO  INTRAVENOSO Y LÍQUIDOS ADECUADOS.)  **9.VERIFICAR QUE LOS EQUIPOS, INSTRUMENTAL Y LA MEDICACION ANESTESICA ESTEN COMPLETOS.**  **\_\_\_**SI \_\_\_NO | **PAUSA DE PROCEDIMIENTO**  **(Antes del procedimiento)**  1. **CONFIRMAR QUE TODOS LOS MIEMBROS DEL EQUIPO SE HAYAN PRESENTADO POR SU NOMBRE Y CARGO.**  \_\_\_SI \_\_\_NO  **2. MEDICO ESPECIALISTA Y ENFERMERO CONFIRMAN VERBALMENTE:**  \_\_\_IDENTIDAD DEL PACIENTE  \_\_\_SITIO DEL PROCEDIMIENTO.  \_\_\_PROCEDIMIENTO  **3. PREVISIÓN DE EVENTOS CRÍTICOS**  **EL MEDICO ESPECIALISTA REVISA:**  \_\_\_LA DURACIÓN DEL PROCEDIMIENTO.  \_\_\_LA PÉRDIDA DE SANGRE PREVISTA  4.**EL ENFERMERO(A) REVISA:**  \_\_\_CONFIRMACIÓN DE LA ESTERILIDAD CON INDICADORES  \_\_\_EXISTEN DUDAS O PROBLEMAS RELACIONADOS CON EL INSTRUMENTAL Y LOS EQUIPOS. | **SALIDA**  **(Antes de que el pte salga del procedimiento)**  **EL ENFERMERO(A) CONFIRMA VERBALMENTE CON EL EQUIPO:**  1.**EL NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO REALIZADO**  \_\_\_SI \_\_\_NO  **2. LOS RECUENTOS DE INSTRUMENTOS, GASAS Y AGUJAS SON CORRECTOS**  \_\_\_SI \_\_\_NO  **4. PROBLEMAS CON EL INSTRUMENTAL**  **\_\_**\_SI \_\_\_NO  **6. EL MEDICO ESPECIALISTA Y EL ENFERMERO (A) REVISAN LOS PRINCIPALES ASPECTOS DE LA RECUPERACIÓN Y EL TRATAMIENTO DEL PACIENTE.**  \_\_\_SI \_\_\_NO  **7. EL MEDICO ESPECIALISTA DA SALIDA AL PACIENTE EN QUE CONDICIONES?**  \_\_\_ESTABLE.  \_\_\_CON ACOMPAÑANTE  \_\_\_POR SUS PROPIOS MEDIOS  \_\_\_CAMINANDO  \_\_\_CON ELEMENTO DE AYUDA  \_\_\_SE REMITE PACIENTE A MAYOR COMPLEJIDAD. |

**FIRMA AUXILIAR\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ FIRMA MEDICO ESPECIALISTA\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**