



### ESTS SAFE SURGERY CHECKLIST

Fecha Cirugía :...../...../.....

HIV/Hepatitis

Procedimiento:

#### ENTRADA: ANTES DE LA INDUCCIÓN ANESTÉSICA

Identidad del paciente	<input type="checkbox"/> Correcta	<input type="checkbox"/> <b>EQUIVOCADA (INFORMAR)</b>
Consentimiento firmado	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> <b>No (RECTIFICAR ANTES DE SEGUIR)</b>
Zona quirúrgica marcada	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> <b>No marcada (CONFIRMAR)</b> <input type="checkbox"/> No Procede
¿Tiene el paciente ALERGIA/S?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> <b>Si:</b> <input type="checkbox"/> FARMACOS <input type="checkbox"/> LATEX <input type="checkbox"/> OTRA
Se ha ajustado la Anticoagulación/Antiagregación	<input type="checkbox"/> No procede	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> <b>No (INFORMAR)</b>
¿Necesita Premedicación ?	Profil. Antibiótica <input type="checkbox"/>	Regimen sustitutivo corticoides: <input type="checkbox"/> No Procede <input type="checkbox"/>
Evaluación ASA realizada	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> <b>No (CONFIRMAR ANTES DE SEGUIR)</b>
Chequeo de seguridad anestesico realizado	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> <b>No (CONFIRMAR ANTES DE SEGUIR)</b>
Broncoscopio Disponible	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> <b>No (INFORMAR)</b>
Monitorización básica	<input type="checkbox"/> ECG	<input type="checkbox"/> Pulsioxímetro <input type="checkbox"/> Capnografía <input type="checkbox"/> Presión Arterial
Sistemas de calentamiento	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> <b>No (INFORMAR)</b>
Profilaxis ETV	<input type="checkbox"/> <b>Medias/Sistema de compresión</b>	<input type="checkbox"/> Heparina sc <input type="checkbox"/> No Procede
¿Algún problema anestésico que se pueda anticipar?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> <b>Si, especificar:</b>
Vía aérea difícil	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> <b>Equipo/asistencia preparado</b>
¿Pérdidas hemáticas >500ml?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> <b>Accesos iv adecuados/ Planificación fluidos</b>
Enfermería confirma esterilidad del material necesario	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> <b>No (INFORMAR)</b>
Material técnico quirúrgico disponible y comprobado	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> <b>No (INFORMAR)</b> <input type="checkbox"/> No Procede
Implantes necesarios listos	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> <b>No (INFORMAR)</b> <input type="checkbox"/> No Procede

#### ÚLTIMA HORA ANTES DE LA INCISIÓN QUIRÚRGICA

Nombre y función equipo quirúrgico conocidos	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> <b>No (ACLÁRESE)</b>
El equipo quirúrgico confirma la zona quirúrgica	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> <b>No (REVISAR Y CONFIRMAR)</b>
El equipo quirúrgico confirma el procedimiento	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> <b>No (REVISAR Y CONFIRMAR)</b>
El equipo quirúrgico confirma el tiempo de cirugía	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> <b>No (REVISAR Y CONFIRMAR)</b>
Las imágenes más importantes están expuestas	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> <b>No (EXPONER)</b> <input type="checkbox"/> No Procede
La posición del pacientes es correcta y segura	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> <b>No (Revisar antes de proseguir)</b>
Preparación antimicrobiana del campo realizada	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> <b>No (Preparar antes de proseguir)</b>
¿Algún problema quirúrgico que anticipar?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> <b>Si, especificar</b>

#### SALIDA: ANTES DE DEJAR EL QUIRÓFANO

¿Contaje de objetos punzantes, gasas y compresas correcto?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> <b>No (INFORMAR)</b> <input type="checkbox"/> No Procede
¿Muestras correctamente etiquetadas para envío?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> <b>No (INFORMAR)</b> <input type="checkbox"/> No Procede
¿Tratamiento medico postoperatorio redactado?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> <b>No (REDACTARLO)</b> <input type="checkbox"/> No Procede
¿Algún problema en el equipo utilizado?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> <b>(INFORMAR)</b> <input type="checkbox"/> No Procede

#### FIRMAS DEL EQUIPO

Enfermera Circulante

Anestesiólogo

Primer Cirujano

INFORME: COMENTARIOS SI PROCEDE

ENFERMERA/O CIRCULANTE:

Firma

ANESTESIOLOGO:

Firma

PRIMER CIRUJANO/CIRUJANO RESPONSABLE

Firma