

LISTADO DE VERIFICACIÓN PARA LA CIRUGIA PEDIATRICA SEGURA

NOMBRE DEL PACIENTE:	HC N°:	EDAD:
-----------------------------	---------------	--------------

Antes de la inducción anestésica	Antes de la incisión cutánea	Antes de la salida del quirófano
---	-------------------------------------	---

ENTRADA		PAUSA QUIRÚRGICA		SALIDA	
COORDINADOR-CIRCULANTE CONFIRMA:		COORDINADOR-CIRCULANTE CONFIRMA:		COORDINADOR-CIRCULANTE CONFIRMA:	
PACIENTE, PADRE, MADRE O TUTOR/A	<input type="checkbox"/> Identidad del niño/a <input type="checkbox"/> Procedimiento <input type="checkbox"/> Ayuno según protocolo <input type="checkbox"/> Baño Prequirúrgico <input type="checkbox"/> Historia Clínica <input type="checkbox"/> Control clínico previo efectuado <input type="checkbox"/> Verificación de alergias conocidas <input type="checkbox"/> Agrupación del paciente	EQUIPO	<input type="checkbox"/> Que todos los miembros del equipo quirúrgico están presentes <input type="checkbox"/> Que todo el equipo verifica verbalmente: § Identidad del paciente § Sitio quirúrgico § Procedimiento <input type="checkbox"/> Control de decúbitos y fijación del paciente	EQUIPO	<input type="checkbox"/> Procedimiento <input type="checkbox"/> Recuento de gases y control de implantes e instrumental utilizado <div style="text-align: right;">Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></div> <input type="checkbox"/> Muestras correctamente acondicionadas e identificadas con documentación respaldatoria ¿Hubo alguna complicación durante el acto quirúrgico? (*) <div style="text-align: right;">Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></div> <input type="checkbox"/> Revisión de condiciones especiales a tener en cuenta durante la recuperación del paciente (indicaciones post-quirúrgicas) <input type="checkbox"/> Control de normotermia post operatoria <input type="checkbox"/> Traspaso escrito de medicación post quirúrgica <input type="checkbox"/> Parte quirúrgico escrito en Historia Clínica <input type="checkbox"/> Parte anestésico escrito en Historia Clínica
INSTRUMENTADORA/A	<input type="checkbox"/> Esterilidad del instrumental <input type="checkbox"/> Chequeo del funcionamiento correcto de los equipos necesarios	CIRUJANO/A	<input type="checkbox"/> Pérdida de sangre prevista		
ANESTESIOLOGO/A	<input type="checkbox"/> Control de equipamiento de anestesia <input type="checkbox"/> Oxímetro de pulso colocado y funcionando <input type="checkbox"/> Disponibilidad de máscara laríngea <input type="checkbox"/> Aspiración funcionando <input type="checkbox"/> Equipo de vía aérea dificultosa <input type="checkbox"/> Si existe riesgo de hemorragia (> 7ml/kg) confirmación de disponibilidad de sangre y fluidos con Hemoterapia	ANESTESIOLOGO/A	<input type="checkbox"/> El paciente requiere algún control especial durante el procedimiento quirúrgico <input type="checkbox"/> Verificación de profilaxis antibiótica en últimos 60 minutos		
CIRUJANO/A	<input type="checkbox"/> Consentimiento informado firmado <input type="checkbox"/> Marcación de sitio quirúrgico (si corresponde) <input type="checkbox"/> Imágenes y exámenes complementarios necesarios disponibles (si corresponde) <input type="checkbox"/> Control de materiales protésicos necesarios	Firma del responsable de la verificación, del anestesiólogo/a y del cirujano/a		FECHA Y HORA DE SALIDA DE QUIRÓFANO:	
EQUIPO	<input type="checkbox"/> Conocimiento de patologías asociadas	Firma del responsable de la verificación, del anestesiólogo/a y del cirujano/a		Firma del responsable de la verificación, del anestesiólogo/a y del cirujano/a	
Firma del responsable de la verificación, del anestesiólogo/a y del cirujano/a					