



Hospital de Ojos  
"José Martí"

asse salud



Centro Hospitalario del Norte  
GUSTAVO SAINT BOIS

## LISTA DE VERIFICACIÓN DE LA SEGURIDAD EN CIRUGÍA OFTALMOLÓGICA

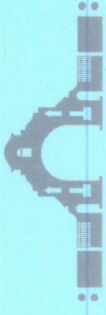
Nombre del usuario ..... C.I. .... Fecha .....

AL INGRESO DEL USUARIO		ANTES DE LA INSICIÓN QUIRÚRGICA		ANTES DEL EGRESO DEL QUIRÓFANO	
El enfermero que recibe confirma con el usuario e Historia clínica:		Todos los miembros del equipo quirúrgico se presentan al usuario		EQUIPO CONFIRMA:	
Su Identidad	SI DLVQ		SI NO	Antibiótico administrado	SI N/A DLVQ
Procedimiento a realizar	SI DLVQ	EQUIPO QUIRÚRGICO CONFIRMA		Procedimiento Realizado	SI DLVQ
Ojo/s a operar identificado con pulsera	SI DLVQ	Identidad del usuario	SI DLVQ	Tipo (CP/CA) y N° de LIO Colocado	SI N/A DLVQ
Consentimiento Informado y Formulario GDQ firmado	SI DLVQ	Procedimiento a realizar	SI DLVQ	Control post. operatorio indicado	SI N/A DLVQ
Tipo de anestesia	SI DLVQ	Ojo/s a operar	SI DLVQ	Indicaciones y recetas realizadas	SI N/A DLVQ
Necesidad de acompañamiento	SI NO DLVQ	Consentimiento Informado firmado	SI DLVQ	Descripción operatoria realizada	SI DLVQ
Tipo (CP/CA) y N° de LIO	SI N/A DLVQ	Tipo de anestesia	SI DLVQ	Muestras (Bacteriológicas / A. patológica) correctamente rotuladas y pedidos hechos	SI N/A DLVQ
Injerto y/o Implante (Esclera-Córnea/Válvula Ahmed)	SI N/A DLVQ	Tipo (CP/CA) y N° de LIO	SI N/A DLVQ	<b>INSTRUMENTISTA CONFIRMA:</b>	
<b>CONTROLES REALIZADOS</b>		Injerto y/o Implante (Escalera/Córnea/Válvula Ahmed)	SI N/A DLVQ	Recuento de Material Blanco, instrumental y agujas correcto.	
P/A F.C. Temp.	SI DLVQ	<b>INSTRUMENTISTA CONFIRMA</b>		<b>ANESTESISTA CONFIRMA:</b>	
HGT o Glicemia	SI N/A DLVQ	Disponibilidad de Instrumental y Equipos solicitados.	SI DLVQ	Fecha anestesiológica realizada	
<b>RIESGOS ASOCIADOS A LA CIRUGÍA</b>		Esterilidad confirmada	SI DLVQ	Indicaciones anestesiológicas realizadas	
Riesgo de dificultad en vía aérea	SI NO DLVQ	<b>ANESTESISTA CONFIRMA:</b>		SI N/A DLVQ	
Equipos de Oxigenot. Adecuados	SI N/A DLVQ	Funcionamiento Correcto de máquina de Anestesia	SI N/A DLVQ	SI N/A DLVQ	
Alergias conocidas	SI NO DLVQ				
Anticoagulantes o antiagregantes suspendidos por cardiólogo	SI N/A DLVQ				



Hospital de Ojos  
"José Martí"

asse salud



Centro Hospitalario del Norte  
GUSTAVO SAINT BOIS

## LISTA DE VERIFICACIÓN DE LA SEGURIDAD EN CIRUGÍA OFTALMOLÓGICA

Nombre del usuario ..... C.I. .... Fecha .....

AL INGRESO DEL USUARIO		ANTES DE LA INSIÓN QUIRÚRGICA		ANTES DEL EGRESO DEL QUIRÓFANO	
El enfermero que recibe confirma con el usuario e Historia clínica:	SI DLVQ	Todos los miembros del equipo quirúrgico se presentan al usuario	SI NO	<b>EQUIPO CONFIRMA:</b>	
Su Identidad	SI DLVQ	<b>EQUIPO QUIRÚRGICO CONFIRMA</b>		Antibiótico administrado	SI N/A DLVQ
Procedimiento a realizar	SI DLVQ	Identidad del usuario	SI DLVQ	Procedimiento Realizado	SI DLVQ
Ojo/s a operar identificado con pulsera	SI DLVQ	Procedimiento a realizar	SI DLVQ	Tipo (CP/CA) y N° de LIO Colocado	SI N/A DLVQ
Consentimiento Informado y Formulario GDQ firmado	SI DLVQ	Ojo/s a operar	SI DLVQ	Control post. operatorio indicado	SI N/A DLVQ
Tipo de anestesia	SI DLVQ	Consentimiento Informado firmado	SI DLVQ	Indicaciones y recetas realizadas	SI N/A DLVQ
Necesidad de acompañamiento	SI NO DLVQ	Tipo de anestesia	SI DLVQ	Descripción operatoria realizada	SI DLVQ
Tipo (CP/CA) y N° de LIO	SI N/A DLVQ	Tipo (CP/CA) y N° de LIO	SI N/A DLVQ	Muestras (Bacteriológicas / A. patológica) correctamente rotuladas y pedidos hechos	SI N/A DLVQ
Injerto y/o Implante (Esclera/Córnea/Válvula Ahmed)	SI N/A DLVQ	Injerto y/o Implante (Escalera/Córnea/Válvula Ahmed)	SI N/A DLVQ	<b>INSTRUMENTISTA CONFIRMA:</b>	
<b>CONTROLES REALIZADOS</b>		<b>INSTRUMENTISTA CONFIRMA</b>		Recuento de Material Blanco, instrumental y agujas correcto.	SI N/A DLVQ
P/A F.C. Temp.	SI DLVQ	Disponibilidad de Instrumental y Equipos solicitados.	SI DLVQ	<b>ANESTESISTA CONFIRMA:</b>	
HGT o Glicemia	SI N/A DLVQ	<b>Esterilidad confirmada</b>	SI DLVQ	Ficha anestesiológica realizada	SI N/A DLVQ
<b>RIESGOS ASOCIADOS A LA CIRUGÍA</b>		<b>ANESTESISTA CONFIRMA:</b>		Indicaciones anestesiológicas realizadas	SI N/A DLVQ
Riesgo de dificultad en vía aérea	SI NO DLVQ	Funcionamiento Correcto de máquina de Anestesia	SI N/A DLVQ		
Equipos de Oxigenot. Adecuados	SI N/A DLVQ				
Alergias conocidas	SI NO DLVQ				
Anticoagulantes o antiagregantes suspendidos por cardiólogo	SI N/A DLVQ				