



Nº 2



Administración de los
Servicios de Salud del Estado

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:	Todos los miembros del equipo quirúrgico se presentan al usuario		SI	NO			
Su Identidad	SI	DLVQ					
Procedimiento a realizar	SI	DLVQ	EQUIPO QUIRÚRGICO CONFIRMA				
Ojo/s a operar identificado con pulsera	SI	DLVQ	Identidad del usuario	SI	DLVQ		
Consentimiento Informado y Formulario GDO firmado	SI	DLVQ	Procedimiento a realizar	SI	DLVQ		
Tipo de anestesia	SI	DLVQ	Ojo/s a operar	SI	DLVQ		
Necesidad de acompañamiento	SI	NO	Consentimiento Informado firmado	SI	DLVQ		
Tipo (CP/CA) y N° de LIO	SI	N/A	Tipo de anestesia	SI	DLVQ		
Injerto y/o Implante (Esclera/Córnea/Válvula Ahmed)	SI	N/A	Tipo (CP/CA) y N° de LIO	SI	N/A	DLVQ	
CONTROLES REALIZADOS			INSTRUMENTISTA CONFIRMA				
P/A F.C. Temp.	SI	DLVQ	Injerto y/o Implante (Esclera/Córnea/Válvula Ahmed)	SI	N/A	DLVQ	
HGT o Glicemia	SI	N/A	Disponibilidad de Instrumental y Equipos solicitados.	SI	DLVQ		
RIESGOS ASOCIADOS A LA CIRUGÍA			ANESTESISTA CONFIRMA:				
Riesgo de dificultad en vía aérea	SI	NO	Esterilidad confirmada	SI	DLVQ		
Equipos de Oxigenot.	SI	N/A	ANESTESISTA CONFIRMA:				
Alergias conocidas	SI	NO	Funcionamiento Correcto de máquina de Anestesia	SI	N/A	DLVQ	
Anticoagulantes o antiagregantes suspendidos por cardiólogo	SI	N/A	INSTRUMENTISTA CONFIRMA				
			Recuento de Material Blanco, instrumental y agujas correcto.		SI	N/A	DLVQ
			ANESTESISTA CONFIRMA:				
			Ficha anestesiológica realizada		SI	N/A	DLVQ
			Indicaciones anestesiológicas realizadas		SI	N/A	DLVQ