



VERIFICACIÓN DE REQUISITOS EN EL PACIENTE PREQUIRÚRGICO

SERVICIO DE ORIGEN: _____ CUBÍCULO: _____ DESTINO: _____
 NOMBRE DEL PACIENTE: _____ FECHA: _____
 IDENTIFICACIÓN N°: _____ HORA: _____
 DIAGNÓSTICO: _____
 PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO PROGRAMADO: _____
 LATERALIDAD: _____

REQUISITOS		SI	NO	DETALLES Y OBSERVACIONES
1.	¿Se han tomado signos vitales previos al traslado? <i>(Deben ser tomados inmediatamente antes del traslado)</i>			TA: _____ mm Hg SatO ₂ : _____ % FC: _____ p/min Glucometría*: _____ mg/dl T° _____ °C *Obligatoria en paciente diabético
2.	¿Se toma peso y talla del paciente?			Peso: _____ Talla: _____
3.	¿El paciente tiene indicación de medidas de aislamiento?			¿Cuál? _____
4.	¿El paciente recibió premedicación para el procedimiento?			¿Cuál? _____
5.	¿El paciente recibe medicamentos de uso crónico?			¿Cuáles? _____ DM: _____ HTA: _____ Tiroides: _____
6.	¿Se suspendió el uso de heparinas, anticoagulantes o antiagregantes plaquetarios de acuerdo a orden médica?			¿Cuál? _____ Hora última dosis: _____
7.	¿El paciente refiere alergias o antecedentes importantes?			¿Cuáles? _____
8.	¿Se realiza confirmación de ayuno?			Horas: _____ Cierre NET: _____
9.	¿Se realiza revisión de paraclínicos previos al procedimiento?			Hb: _____ INR: _____ TSH: _____ TP: _____ TPT: _____
10.	¿Se ha confirmado la reserva de hemocomponentes?			GR: _____ Plaquetas: _____ Plasma: _____
11.	¿Se ha confirmado la reserva de cama en UCI?			Cama asignada: _____
12.	¿Los consentimientos quirúrgico, anestésico y de transfusión se encuentran completamente diligenciados y firmados?			Observaciones: _____
13.	¿Se identifico el riesgo de caídas?			Alto: _____ Muy alto: _____
14.	¿Se identifico el riesgo de úlceras por presión?			Alto: _____ Moderado: _____ bajo: _____
15.	¿Los accesos venosos periféricos / CVC se encuentran permeables y marcados?			Calibre: _____ G Ubicación: _____
16.	¿Las sondas de nutrición, sonda vesical, tubo de torax y otros drenes se encuentran debidamente fijados y marcados?			Describa cuales tiene el paciente: _____
17.	¿Se han retirado prótesis dentales, joyería, esmalte de uñas, extensiones de cabello con clip de metal?			¿Cuáles? _____
18.	¿Se ha realizado higiene general adecuada, pañal limpio y seco?			Yodopovidona: _____ Clorhexidina: _____ Jabón común: _____
19.	¿Los estudios de imagenología se encuentran disponibles?			En físico: _____ SIIS: _____ RX: _____ RMN: _____ ECO: _____
20.	¿El paciente se encuentra con su acompañante?			
21.	¿Si esta indicada se ha realizado prueba de embarazo?			Resultado: _____
22.	Último resultado de urocultivo (menor a 15 días)			Resultado: _____
23.	¿La zona operatoria se encuentra rasurada? <i>(Sólo para paciente de cirugía ambulatoria.)</i>			

NOMBRE LEGIBLE DE ENFERMERO / AUXILIAR DE ENFERMERIA QUE ENTREGA AL PACIENTE:

NOMBRE LEGIBLE DE ENFERMERO /AUXILIAR DE ENFERMERÍA QUE INGRESA O RECIBE AL PACIENTE EN CIRUGÍA: