

LISTA DE CHEQUEO QUIRÚRGICO

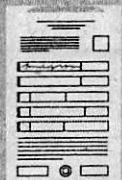
PAUSA DE SEGURIDAD FINAL / FINAL SAFETY CHECK
 ANTES QUE EL PACIENTE SALGA DE CIRUGÍA



Anestesiolog@ Cirujan@ Enfermer@ Instrumentador@



Presentes



Recuento final completo

Cirugía realizada

Marcación de muestras

¿Problemas con los equipos?

Coloap

Equipo verifica

Equipo discute

UCPA
Cuidados intermedios
UCI

Definir traslado y disponibilidad

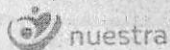
Definir manejo POP

¿Analgésia POP?

¿Riesgo de trombosis venosa?



Anestesiología entrega paciente



F-CX-003/VER.02



LISTA DE CHEQUEO QUIRÚRGICO

Segundo reto mundial por la seguridad del paciente

LA CIRUGÍA SEGURA SALVA VIDAS

Alianza mundial para la seguridad del paciente

TA 147/70
Glucosa (con)
Coloap
9:03
B.B. For
S.O.S

Nombre Inicial
Procedimiento:

Fecha:

Paciente:

No. de Identificación:

Cirujano:

Anestesiólogo:

Instrumentadora:

Circulante:

Coloap

19/01/24

maria doris suara

66017908

Dra. Vanista

Dra. Audie

Calla

Graciela



World Health Organization



nuestra



The University of Nottingham

La S.C.A.R.E. realizó la adaptación de esta Lista de Chequeo Quirúrgica de la OMS en colaboración con la U. de Nottingham

F-CX-003/VER.02

INGRESO / ADMITTANCE
EN SALA DE ADMISIÓN



1

Identidad, sitio, procedimiento y consentimiento

2

Ayuno adecuado necesario

3

Revisión de vía aérea

Alimentación adecuada

Remover lentes de contacto y prótesis dentales

4

Localización quirúrgica marcada (órgano o/a)

Calculo Biliar

6

¿Tiene acceso vascular adecuado?

MSD

7

¿Medicamentos prescritos?

no

8 Sí No

¿Alergia conocida?

no

9

¿Riesgo de hemorragia? > 500ml (7ML/KG en niños)

¿Hemoderivados disponibles?

¿Antecedentes de importancia?

ATA DM

PAUSA DE SEGURIDAD INICIAL / INITIAL SAFETY CHECK
ANTES DE LA INDUCCIÓN DE ANESTESIA



Anestesiología Cirugía Instrumentación

Presentes. Confirmación de identificación y función

Paciente
 Sitio
 Procedimiento

Confirman verbalmente:
Paciente, sitio y procedimiento

¿Cuáles son los puntos críticos y dificultades del paciente?

Duración estimada de la cirugía

Pérdida estimada de sangre

Imageología disponible y necesaria

Verifican: Si hay alguna preocupación específica respecto al paciente

Pulsioximetría funcionando en paciente

Administración de profilaxis antibiótica

antipaludario

Verificación de esterilidad de instrumentación

Verificación de los equipos

Corteo inicial de cortantes, gasas y compresas

SANTIAGO DE CALI Día 19 Mes 11 Año 2024
 En forma libre y voluntaria yo, MARÍA DORIS SUAREZ
 con tipo de documento ce número 66817908

1 - He recibido información y consejería previa con el fin de realizarme el (los) procedimiento (s):

Suturas		Extracción de cuerpos extraños o complicado	
Colocación de líquido endovenoso	<input checked="" type="checkbox"/>	Taponamiento nasal	
Inyectología	<input checked="" type="checkbox"/>	Colocación de férula o yeso	
Toma de muestras de laboratorio		Venopunción	
Curación en general		Colocación de sondas	
Lavado de oídos		Toma de RX	
Lavado ocular		Otros (escriba cuál)	
Onicectomía			

Para diagnosticar y tratar la patología colapso

2 - Personal entrenado y calificado de la unidad funcional de _____ me ha educado, explicado y he comprendido todos los aspectos relacionados con mi patología, así como los resultados, beneficios y posibles consecuencias del manejo y tratamiento.

3 - He recibido información en la cual me aclaran:

A) Que procedimiento:

Quirúrgico menor, clínico, radiológico, o de laboratorio clínico; va a ser realizado por personal profesional médico, de enfermería, laboratorio o imágenes diagnósticas.

B) Para garantizar el derecho a mi intimidad, la información y datos que he dado en consulta, el diagnóstico, y toda la información concerniente a mi vida íntima, así como también el resultado del procedimiento están sometidas a reserva, ya que el resultado de dicho procedimiento es de carácter confidencial y se utilizará solo con el objeto de preservar mi salud, guardando mi identidad.

4 - Teniendo en cuenta las características de integridad, secuencialidad, disponibilidad y oportunidad de la historia clínica, este escrito hace parte de la misma como uno de sus anexos.

5- Así mismo, el profesional de la salud me ha explicado la naturaleza de la enfermedad coronavirus COVID-19 en cuanto a su presentación clínica, modo de contagio, medidas para contenerla, posibilidad de sufrir la enfermedad antes de ingresar a la institución de forma asintomática, complicaciones y muerte, mientras permanezca como paciente

AUTORIZACION TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES: La CLINICA NUESTRA, NIT 805.023.423- 1, como responsable del tratamiento de los datos personales y en cumplimiento de las obligaciones de la Ley 1581 del 2012 y en el Decreto 1074 del 2015; le informa como titular de los datos personales recolectados y tratados en calidad de paciente o usuario de los servicios de salud, que **AL FIRMAR ESTE FORMATO DE PRESTACION DE CONSENTIMIENTO INFORMADO, AUTORIZA A CLINICA NUESTRA** para la captación y tratamiento de sus datos personales, los cuales serán incluidos en nuestras bases de datos y tratados en cumplimiento de las disposiciones reglamentarias que rigen la materia, de conformidad con nuestra "Política General de Tratamiento de Datos Personales", que podrá consultar en www.clinicanuestra.com. Sus datos serán tratados con la finalidad de: 1) Su vinculación al sistema de gestión asistencial, 2) programación y validación de citas médicas, 3) actualización de la historia clínica del paciente, 4) Informar al paciente de los procedimientos invasivos que se darán en la atención del mismo, 5) Realizar estudios estadísticos requeridos por entidades estatales o por normativas que exigen hacerlo, 6) Enviar resultados de exámenes diagnósticos. 7) Solicitar, consultar o cambiar citas con profesionales de la medicina previamente concertadas o solicitadas por el titular de los datos de carácter personal. 8) Consultar o actualizar autorizaciones de servicio médico. 9) Permitir la verificación de los estados de afiliación y servicios asociados con la protección y seguridad social. CLINICA NUESTRA le garantiza ejercer sus derechos de habeas data como son: Conocer, actualizar y rectificar sus datos personales, Solicitar prueba de esta autorización, en los casos que aplica, presentar ante la Superintendencia de Industria y Comercio quejas por infracciones a lo dispuesto en la citada ley, revocar la autorización y/o solicitar la supresión de los datos personales salvo que exista deber legal o contractual de continuar en las bases de datos de la Clínica, y acceder de forma gratuita a sus datos personales objeto de tratamiento por parte de la Clínica, usted podrá ejercer su derechos a través de los procedimientos de consulta y reclamo consagrados en el título V de la Ley 1581 del 2012. Para ello se han habilitado los siguientes canales de contacto: Página web: www.clinicanuestra.com, atención en nuestras instalaciones: en CALI (Valle): calle 10 No. 33-10 o enviando un correo a protecciondatos@clinicanuestra.com.

NOMBRE DEL PACIENTE: María Doris Suarez de lasca Tipo documento: ce
 I.D. Nº 66817908 de _____ firma: María Doris Suarez
 NOMBRE DEL TESTIGO: Nureidy Sanchez Savel Tipo documento: ce
 I.D. Nº 1.130.623.852 de _____ firma: Nureidy
 NOMBRE DEL PROFESIONAL ENCARGADO: Dany S Tipo documento: ce
 I.D. Nº 1143443573 de _____ firma: Dany S



Dentro de las normas éticas exigidas al profesional médico en Colombia por la Ley 23 de 1981, se encuentra el deber de informar adecuada y oportunamente a todos sus pacientes los riesgos que pueden derivarse del tratamiento que les será practicado, solicitando su consentimiento anticipadamente. Por tanto, con el presente documento escrito se pretende informar a usted y a su familia acerca del procedimiento que se le practicará.

1. Por medio de la presente constancia en pleno y normal uso de mis facultades mentales, otorgo en forma libre mi consentimiento a quien obra como mi medico y fue libremente escogido por mi para que en ejercicio legal de su profesión y con el concurso de otros profesionales de la salud que llegaren a requerirse, así como el personal auxiliar de servicios asistenciales que se hagan necesarios, se me practique la siguiente intervención o procedimiento: **COLECISTECTOMIA LAPAROSCOPICA.**
2. Mi médico queda igualmente facultado para llevar a cabo la practica de conductas o procedimientos médicos adicionales a los ya autorizados en el punto uno (1), si en el curso de la intervención o del procedimiento llegare a presentarse una situación inadvertida o imprevista, que a juicio del medico tratante, los haga aconsejables.
3. certifico me ha sido explicado la naturaleza y el propósito de la intervención quirúrgica o procedimiento especial, también me ha informado de las ventajas, complicaciones, molestias y riesgos que pueden producirse así como las posibles alternativas al tratamiento propuesto. Se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas y todas mis preguntas han sido contestadas satisfactoriamente.
4. El consentimiento y autorización que anteceden, han sido otorgados previo el examen que me ha practicado el medico autorizado, con el objeto de identificar mi estado de salud o enfermedad y previa la advertencia que el mismo me ha hecho sobre los riesgos previstos para la intervención o procedimiento que requiera tales como:

- A LESION DE LA VIA BILIAR
- B INFECCION
- C SANGRADO LECHO QUIRURGICO
- D CONVERSION A CIRUGIA ABIERTA
- E LESION INTESTINAL
- F HERNIACION
- G COMPLICACIONES ANESTESICAS
- H SEPSIS - MUERTE

5. Declaro que he recibido amplias explicaciones sobre el alcance de lo expresado en los puntos anteriores por parte del citado profesional y reconozco que no me ha garantizado los resultados que se esperan de la intervención o procedimiento especial.
6. Igualmente otorgo mi consentimiento para que la anestesia que requiera sea aplicada por parte de un medico anesthesiologo escogido o aceptado por mi medico tratante y autorizo a aquel para utilizar el tipo de anestesia que considere mas aconsejable de acuerdo con mi condición clínica como paciente y el tipo de intervención que requiero. He sido advertido por el anesthesiologo sobre los riesgos que para mi caso implican la aplicación de anestesia, de conformidad con la constancia que figura en la historia clínica, y he recibido satisfactorias explicaciones al respecto por parte del mencionado profesional.
7. Reconozco que siempre hay riesgo para la vida y la salud asociados con la intervención quirúrgica o procedimiento o con la anestesia y tales riesgos me han sido explicados por los profesionales mencionados.
8. mi medico tratante queda autorizado para ordenar la disposición final de los componentes anatómicos que sean retirados de mi cuerpo, previa la toma de muestras o partes adecuadas con destino a exámenes anatomopatológicos cuya practica solicito a mi costa, si ello fuere necesario.
9. Conociendo las posibles complicaciones y riesgos de la intervención o procedimiento, en mi caso particular me someto voluntariamente a el y asumo la totalidad de los riesgos y responsabilidades por el mismo quedando por tanto eximidos de la responsabilidad el médico y los profesionales que deberían realizar o colaborar con la intervención o el procedimiento.
10. Declaro que he sido advertido por el medico autorizado en el sentido de que la practica de la intervención o procedimiento que requiero compromete una actividad medica de medio y por esta razón no pueden garantizar los resultados.
11. Así mismo, el profesional de la salud me ha explicado la naturaleza de la enfermedad, coronavirus COVID-19 en cuanto a su presentación clínica, modo de contagio, medidas para contenerla, posibilidad de sufrir la enfermedad antes de ingresar a la institución de forma asintomática, complicaciones y muerte, mientras permanezca como paciente.
12. Certifico que el presente documento ha sido leído y entendido por mi en su integridad y que todos los espacios en blanco han sido complementados antes de mi firma. Declaro además que me encuentro en capacidad de expresar mi libre albedrío, teniendo la oportunidad de recibir explicaciones satisfactorias por parte de mi medico con respecto a los riesgos por él advertidos y al contenido de este documento.

NOTA: cuando el paciente no tenga capacidad legal para otorgar el consentimiento, las manifestaciones de este contenidas en el presente documento se entienden hechas por la persona responsable que lo representa y en relación con el paciente correspondiente, para cuyo efecto los suscribe.



CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA PRACTICA DE COLECISTECTOMIA LAPAROSCOPICA

CONSENTIMIENTO

Yo, MARILU DORIS SUAREZ, número de identificación 66817988

Doy mi consentimiento para que me sea realizada una COLECISTECTOMIA LAPAROSCOPICA.

Se me ha facilitado este documento informativo, habiendo comprendido el significado del procedimiento y los riesgos inherentes al mismo y declaro estar informado (a).

Fecha 19/11/24 Hora 7:23 am

Mari Doris Suarez V.
FIRMA PACIENTE
Nº. Doc. 66817988

Niveidy S.S.
FIRMA TESTIGO
Nº. Doc. 130.623.852

[Signature]
FIRMA MÉDICO
Nº. Doc. 3726661

[Signature]
FIRMA ANESTESIOLOGO
Nº. Doc. [Signature]

Vanessa del Vecchio
NOMBRE MÉDICO

DENEGACIÓN PARA LA CIRUGIA

Yo, _____, número de identificación _____

Habiendo sido informado (a) de la naturaleza y riesgos del procedimiento propuesto, manifiesto de forma libre y consciente mi denegación para su realización, haciéndome responsable de las consecuencias que puedan derivarse de esta decisión.

Fecha _____ Hora _____

FIRMA PACIENTE
Nº. Doc. _____

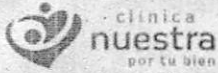
FIRMA TESTIGO
Nº. Doc. _____

FIRMA MÉDICO
Nº. Doc. _____

FIRMA ANESTESIOLOGO
Nº. Doc. _____

NOMBRE MÉDICO





CONSENTIMIENTO INFORMADO DE ANESTESIA

Día: 19 Mes: 11 Año: 2014
 NOMBRE DEL PACIENTE: Maria Dolores Sosa IDENTIFICACIÓN: 66817908
 NOMBRE TECNICO DEL PROCEDIMIENTO QUIRURGICO PROPUESTO: _____

TECNICA ANESTESICA General

DECLARACION DEL PACIENTE

Se me ha explicado en forma clara y lenguaje sencillo todo lo que a continuación se detalla en lenguaje técnico. He comprendido satisfactoriamente la naturaleza y el propósito de la técnica anestésica, así como la posibilidad de cambio durante el mismo procedimiento quirúrgico si fuese necesario. Se me ha dado la oportunidad de aclarar todas mis dudas.

Entiendo que el anestesiólogo empleara todos los medios a sus alcance buscando seguridad para mi durante el acto anestésico, sin embargo soy consciente que no existen garantías absolutas de resultados con la anestesia seleccionada y se me han explicado los posibles riesgos relacionados con su administración.

Técnica general y sedación: complicaciones de la instrumentación y manejo de la vía aérea, lesión de labios y/o dientes, laringoespasmos, bronco espasmos, neumonía, bronco aspiración, efectos colaterales de medicamentos, hipotermia, hipertermia, alteraciones cognitivas y psicomotoras, sueños o recuerdos intraoperatorios, infarto, trombo embolismo pulmonar, embolia cerebral, arritmias, convulsiones, paro cardiorespiratorio y muerte.

Técnica conductiva, neuroaxial: hematoma, absceso epidural, meningitis, lesión neurológica, cefalea, lumbalgia, síntomas neurológicos transitorios, neurotoxicidad de anestésicos locales y agentes aditivos, vejiga miogénica o retención urinaria, paro cardiorespiratorio y muerte. Además se me explica el manejo del dolor con analgesia peridural ambulatoria e intrahospitalaria con bomba PCA la cual tiene los mismos riesgos que la técnica conductiva.

Bloqueos regionales: neurotoxicidad, lesión neurológica, complicaciones sistémicas y vasculares, dolor, limitación funcional daño ocular, quemaduras o escoriaciones en piel, paro cardiorespiratorio y muerte,

También se me han explicado los riesgos relacionados con las enfermedades preexistentes, y su incidencia en el resultado final se me advierte que hay otros riesgos impredecibles, como reacciones alérgicas y/o idiosincrasias a medicamentos, productos sanguíneos, y/o elementos de monitoria.

La anestesia será administrada por uno de los anestesiólogos adscritos a la clínica Nuestra, entendiéndolo también que puede participar más de uno si llega la hora del cambio de turno.

Certifico que según mis conocimientos y capacidades, he informado al anestesiólogo acerca de mis antecedentes personales, quirúrgicos, farmacológicos y gineco obstétricos, incluyendo la posibilidad de estar embarazada, así como las alergias, consumo de sustancias tóxicas como alcohol cigarrillo y drogas ilícitas, así mismo tendré en cuenta las recomendaciones de ayuno y además relacionadas con mi cuidado antes del procedimiento anestésico, entiendo que si no las sigo mi vida o mi salud podrían verse afectadas.

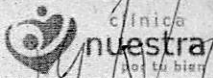
Se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas y estas han sido contestadas satisfactoriamente.

Doy mi consentimiento para que se me administre la anestesia descrita y se me practiquen los procedimientos de monitoria invasiva intrahospitalaria necesaria, (colocación de sondas, catéteres, canalización de línea arterial) durante la realización del acto quirúrgico recibiendo explicación de las indicaciones, riesgos y potenciales complicaciones.

Manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior, que todos los espacios en blanco han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar o revocar libremente mis conocimientos.

[Firma]
 ANESTESIÓLOGO; Firma y Sello

[Firma] Antonio Osiris Sosa Norely S. S.
 CC: 66817908 CC: 1130623852
 PACIENTE; Firma TESTIGO; Firma



EVALUACION PREANESTESICA

Fecha 14/02/2020 Nombre Andrés Sosa
 Edad 57 Sexo M Identificación 10000000000000000000 Aseguradora Seguros

Procedimiento a realizar _____

ANTECEDENTES PERSONALES Y REVISION POR SISTEMAS:

HTA DM Qx Urológico Neurólogo
Cardiología Diabetes
Parásitos

Farmacológicos y tóxicos Insulina Sangre Alcohol Tob

Alergias Penicilina

Factores de riesgo para hipertermia maligna _____

Factores de riesgo para TEV _____

FUR en mujeres en edad reproductiva _____ Hemoclasificación: _____

Anestesiología previas, cirugías y complicaciones _____

EXAMEN FISICO: T.A: 100/60 FC: 70 FR: 16 PESO: _____ IMC: _____ T: _____

Región No Yes Yes

EVALUACION DE LA VIA AREA: Mallmpati _____ Protrusion mandibular _____ Cuello _____

Protesis dentales _____ Dist.Mentotironiana _____ Apertura oral _____ Otros _____

Via aerea: Facil: _____ Posiblemente dificil _____ Definitivamente dificil _____

PARACLINICOS: _____

CLASIFICACION SEGUN ASA: II NYHA: _____ OTRAS: _____

EL PACIENTE ACEPTA ANESTESIA GENERAL: _____ ANESTESIA CONDUCTIVA: _____ OTROS: _____

(Se el explica posibilidad de cambio de plan anestésico según necesidades de la cirugía o técnica anestésica)

COMENTARIOS Y RECOMENDACIONES(Programacion, diferentes profilaxis, UCI o UCIN postoperatorio, reserva de componentes sanguíneos, maniobras para reducción de riesgo, otros)

[Firma] [Firma]
 Nombres y Apellidos del Anestesiólogo Firma y sello

CONSULTA DE CONTROL, fecha y resultados: _____

APLICACIÓN DE ANESTESIA

FECHA	MEDICAC PRE-ANESTÉSICA	MGS.	VÍA	HORA	EFECTO
					Bueno
					Insufic.
					Deprim.

NOMBRE PACIENTE: Mary Doris Sere
 TIPO DE DOCUMENTO: 45
 N° DOCUMENTO: 66817908
 PROCESO: ex FECHA: 19/11/24
 SALA O CUARTO: 5 CAMA: 5

EDAD	SEXO	PESO	TEMPERATURA	RIESGO	ELECTIVA	SALA N°	RESPONSABLE
58	M	105	36.5	1	1	5	

AGENTE	HORA	15	30	45	10	15	30	45	11	15	30	45	15	30	45	15	30	45
O2	9	2	0.5	0.5	0.5	2												
Sarc		0	0.2	0.2	0.2	?												
Sucrose		2	-	2	-	2	-	2	-	2	-	2						
Insulin		10	1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1						

POSICIÓN	INFUSIÓN	PÉRDIDA	DIURESIS
1	4	5	6

x	Inducción: Rápida- Lenta	TÉCNICAS			GASES		
1	levelan 600	General		Consuctiva	Ph.		
2	propofol 200mg	Abierto	Cerrado	Epidural	PO2		
3	propofol 400	Semi		Suberanoideos	PCO2		
4	D. cloro 750	Circular	Vaiven	Caudal	Bicarb.		
5	D. cloro 200	Unidireccional		Bloqueo Plexo	E B		
6	oxido de az	Máscara		Simple	k		
7		Tubo N°		Continua	Na		
8		OT	NT	Aguja N°		LÍQUIDOS	TIEMPO His Mm
9		Manguito		Nivel	Dextrosa A	Anestesia	
10		Tópica		Altura punción	Dextrosa SS	Operación	
11		Técnica especial				APGAR	
12						1 Min	5 Min 10 Min

Diagnóstico	<u>Colelitiasis</u>	Sangre	
Operación	<u>Colelitomía</u>	Total	
Cirujanos	<u>D. R. Delgado, D. Rosales</u>	Hemorragia	
Anestesiólogo	<u>D. A. Ferrer</u>	Instrumentadora	<u>Cerezo</u>
		Circulante	<u>Quera</u>
		Cuenta compresas	