

Nombre del Paciente:

Número de Historia:

Fecha de nacimiento:

Sexo: Hombre Mujer

Servicio:

Médico Remitente:

Lista de Verificación para la Seguridad del Paciente en Radiología Intervencionista*

Procedimiento:

Fecha:



Cardiovascular and Interventional Radiological Society of Europe

PLANIFICACIÓN DEL PROCEDIMIENTO	SI	NO	N/A
Consultado con el medico remitente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pruebas de imagen revisadas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Historial médico relevante revisado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Consentimiento informado firmado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Profilaxis de la Nefropatía Inducida por Contraste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Equipo y material específico disponible/solicitado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ayuno del paciente solicitado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Exámenes de laboratorio solicitados	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Necesidad de anestesista	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Suspensión de la terapia anticoagulante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Necesidad de cama en UCI	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Necesidad de profilaxis por reacción	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ADMISIÓN	SI	NO	N/A
Presentación de los miembros del equipo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Documentación completa del paciente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verificar paciente/lado/sitio de intervención	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Ayuno del paciente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Acceso intravenoso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Equipo de monitorización conectado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pruebas de coagulación / resultados del	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alergias y/o profilaxis revisadas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Antibióticos y/u otras drogas administradas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Informar sobre complicaciones/consentimiento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

ALTA HOSPITALARIA	SI	NO	N/A
Informe de la intervención	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Signos vitales normales durante el procedimiento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Registro de medicación y medio de contraste utilizados	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Exámenes de laboratorio solicitados	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Todas las muestras etiquetadas y enviadas al laboratorio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Paciente informado sobre resultados del procedimiento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Instrucciones explicadas para después del	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pruebas de seguimiento y de imagen solicitadas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Consulta de seguimiento concertada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Resultados del procedimiento comunicados al médico remitente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Nombre:

Firma: _____

Nombre:

Firma: _____

Nombre:

Firma: _____

* * Modificado de las listas de verificación quirúrgica RADPASS y OMS