

## LLISTAT DE COMPROVACIÓ PER A LA PREVENCIÓ D'INCIDENTS EN CIRURGIA: PACIENT, PROCEDIMENT I LLOC CORRECTE DEL COS

### VERIFICACIÓ PREOPERATÒRIA

**Comprovació prèvia a la inducció anestèsica.**  
**Professionals clau: Infermera i Anestesiòleg**  
**Procés liderat per la infermera responsable del pacient.**

	SI	SI, després de comprovar amb llistat de comprovació	NO	NO procedeix
1. Confirmació del pacient correcte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2. Confirmació del procediment correcte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3. Confirmació de lloc/lateralitat/nivell de la cirurgia correcte/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Confirmació del marcatge correcte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Informació dels apartats anteriors (1 a 3) enregistrats correctament a: Història Clínica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6. Detecció i documentació d'al·lèrgies	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7. Profilaxis antibiòtica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Planificació de via aèria difícil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Comprovacions estació d'anestèsia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
10. Planificació activitat si risc de d'hemorràgia >500 ml previst	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Confirmació d'esterilitat, equipament i material comprovat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Nom i cognom: \_\_\_\_\_ Càrrec: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_ Hora : \_\_\_\_\_

### ABANS DE LA INCISIÓ

**Comprovació verbal prèvia a la incisió quirúrgica**  
**Professionals clau: Cirurgià, Anestesiòleg, Infermera circulant.**  
**Procés liderat per la infermera circulant o anestesiòleg.**  
**Recomanació: Suspènere les activitats desde l'inici de la pausa preoperatòria i durant la verificació de tots els ítems inclosos en el llistat.**

	SI	SI, després de comprovar amb llistat de comprovació	NO	NO procedeix
1. Tots els membres clau de l'equip presents	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2. Confirmació del pacient correcte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3. Confirmació del procediment correcte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4. Confirmació de lloc/lateralitat/nivell de la cirurgia correcte/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Confirmació de la posició correcta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6. Confirmació del marcatge correcte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7. Cirurgià: Previsió de moments crítics en la intervenció, durada aproximada i risc de d'hemorràgia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8. Anestèsia: Previsió de dificultats durant la intervenció	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
9. Infermeria: Previsió de dificultats durant la intervenció	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
10. Ratificar la exposició correcta de les imatges radiològiques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Nom i cognom: \_\_\_\_\_ Càrrec: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_ Hora : \_\_\_\_\_

### A LA SORTIDA DEL QUIRÒFAN:

**Comprovació abans de la sortida de quiròfan.**  
**Professionals clau: Cirurgià, Anestesiòleg, Infermera circulant.**  
**Procés liderat per la infermera circulant.**

	SI	SI, després de comprovar amb llistat de comprovació	NO	NO procedeix
1. Enregistrament del procediment realitzat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2. Recompte de gases, instrumental	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Mostres biològiques identificades i enviades correctament etiquetades	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Nom i cognom: \_\_\_\_\_ Càrrec: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_ Hora : \_\_\_\_\_