

<b>Nombre y apellido del paciente:</b>		<b>DNI:</b>	<b>Fecha nacimiento:</b>
<b>Procedimiento:</b>		<b>Ojo:</b>	<b>Cirujano:</b>
<b>Enfermera, preoperatoria y circulante confirman:</b> -Identidad: Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> -Ojo para operar: OD <input type="checkbox"/> OI <input type="checkbox"/> -Toma de temperatura: Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> -Baño prequirúrgico: Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> -Se cambió el barbijo: Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> -Alcohol en gel en manos: Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> -Consentimiento informado, ayuno, correcta profilaxis y dilatación del ojo de ser necesario en el procedimiento: Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> -Ojo a operar marcado: Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> -Desinfección del quirófano completo: Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		<b>Antes de la incisión quirúrgica, el cirujano, el anestesiólogo, la instrumentadora y el circulante verifican:</b> -Identidad del paciente, procedimiento y ojo: Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> -Tipo de LIO en HC del paciente: Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> -Esterilidad del instrumental: Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> -Correcto funcionamiento del equipo: Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> -Se ocluye el ojo contralateral: Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> <b>Instrumentadora, cirujano y circulante verifican insumos necesarios y/o específicos:</b> -Aceite, LIO, suturas, vitrectomo, luz, materiales para resolución de imprevistos, gas, otros: Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> <b>Cirujano y anestesiólogo verifican:</b> -Problemas específicos del paciente: } Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> -Anestesia: } Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> -Posibles imprevistos y material: }	
<b>Antes de la salida de quirófano, el circulante confirma:</b> -Nombre del procedimiento realizado: Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> -Recuento del instrumental, gasas y elementos punzantes: Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> -Estudios del paciente: Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> -Problemas con el instrumental o equipado: Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> -Entrega de indicaciones post quirúrgicas al paciente: Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> -Entrega de muda de ropa rotulada: Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> <b>Cirujano, anestesiólogo y circulante confirman:</b> -Parte anestésico y quirúrgico completo: Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		<b>Anestesiólogo confirma:</b> -Identidad del paciente, procedimiento y ojo: Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> -Tipo de anestesia: _____ -Estudios preparatorios, chequeo comorbilidades principales, consentimiento informado, ayuno: Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> -Verificación de alergias: Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> ¿Cuáles? _____ -Control del equipo anestésico: } -Control de medicación anestésica: } Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> -Oxímetro de pulso funcionando: } -Correcta vía periférica: } -Chequeo de vía aérea: }	
		<b>Observaciones de la cirugía:</b> _____ _____ _____ _____	

Firma y aclaración de: **-Cirujano-**

**-Anestesiólogo-**

**-Instrumentadora-**

**-Circulante-**