

<b>Nombre y Apellido del Paciente:</b>	<b>DNI:</b>	<b>Fecha de Nacimiento:</b>
<b>Procedimiento:</b>	<b>Ojo:</b>	<b>Cirujano:</b>

<p><b>Enfermera, Preoperatoria y Circulante confirman:</b></p> <p>Identidad:  SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p> <p>Ojo:  OD <input type="checkbox"/> OI <input type="checkbox"/></p> <p>Consentimiento informado, ayuno, correcta profilaxis y dilatación del ojo de ser necesario en el procedimiento:  SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p> <p>Ojo a operar marcado:  SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p>	<p><b>Antes de la incisión quirúrgica, Cirujano, Anestesiólogo, Instrumentadora y Circulante verifican:</b></p> <p>Identidad del paciente, procedimiento y ojo: SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p> <p>Tipo de LIO en HC del paciente: SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p> <p>Esterilidad del instrumental: SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p> <p>Correcto funcionamiento del equipo: SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p> <p><b>Instrumentadora, Cirujano y Circulante verifican insumos necesarios y/o específicos:</b></p> <p>Aceite, gas, LIO, suturas, vitrectomo, luz, materiales para resolución de imprevistos. Otros. SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p> <p><b>Cirujano y Anestesiólogo verifican:</b></p> <p>Problemas específicos del paciente: } SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p> <p>Anestesia: } SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p> <p>Posibles imprevistos y material: }</p>	<p><b>Anestesiólogo confirma:</b></p> <p>Identidad del paciente, procedimiento y ojo: SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p> <p>Tipo de anestesia: _____</p> <p>Estudios preparatorios, chequeo comorbilidades principales, consentimiento informado, ayuno: SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p> <p>Verificación de alergias: SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p> <p>¿Cuáles? _____</p> <p>Control del equipo anestésico: } SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p> <p>Control de medicación anestésica: }</p> <p>Oxímetro de pulso funcionando: } SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p> <p>Correcta vía periférica: }</p> <p>Chequeo de vía aérea: }</p>
--	---	--

<p><b>Antes de la salida de quirófano, circulante confirma:</b></p> <p>Nombre del procedimiento realizado: SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p> <p>Recuento del instrumental, gasas y elementos punzantes: SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p> <p>Estudios del paciente: SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p> <p>Problemas con el instrumental o equipado: SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p> <p>Entrega de indicaciones post quirúrgicas al paciente: SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p> <p><b>Cirujano, anestesiólogo y circulante confirman:</b></p> <p>Parte anestésico y quirúrgico completo: SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p>	<p><b>Observaciones de la cirugía:</b></p> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
--	--

Firma y aclaración de: **–Cirujano–**

**–Anestesiólogo–**

**–Instrumentadora–**

**–Circulante–**