Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud
Centro Oriente E.S.E.

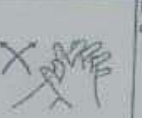
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E
MISIONAL – TRANSVERSAL
FORMATO LISTA DE CHEQUEO VERIFICACIÓN TÉCNICA HIGIENE DE MANOS CON ALCOHOL GEL GLICERINADO

CÓDIGO: : MS-TV-FT-018
VERSIÓN: 02
FECHA: 2019-10-04

UNIDAD: CO Vicente

SERVICIO: AUS D

FECHA: 18-06 20

PROCEDIMIENTO		NOMBRE DEL FUNCIONARIO: Lizeth Gonzalez Cargo: Aux Enf		NOMBRE DEL FUNCIONARIO: Cargo: Aux Enfermera		NOMBRE DEL FUNCIONARIO: Cargo:	
		CUMPLE	NO CUMPLE	CUMPLE	NO CUMPLE	CUMPLE	NO CUMPLE
	Conserva uñas cortas y sin esmalte. Mantiene manos libres de joyas (anillos, pulsera, reloj)	✓		✓			
1 	Deposita en la palma de la mano una dosis del producto suficiente para cubrir todas las superficies a tratar.	✓		✓			
2 	Frota la palma de las manos entre si	✓		✓			
3 	Frota la palma de la mano derecha contra el dorso de la mano izquierda entrelazando los dedos y viceversa	✓		✓			
4 	Frota la palma de las manos entre si, con dedos entrelazados	✓		✓			
5 	Frota el dorso de los dedos de una mano con la palma de la mano opuesta agarrándose los dedos	✓		✓			
6 	Frota con un movimiento de rotación el pulgar izquierdo atrapándolo con la palma de la mano derecha y viceversa	✓		✓			
7 	Frota la punta de los dedos de la mano derecha contra la palma de la mano izquierda, haciendo un movimiento de rotación y viceversa	✓			✓		
Para las áreas de cuidado neonatal y atención de partos del recién nacido	Descienda por el antebrazo derecho con movimientos rotatorios hasta 6 cm por debajo de la muñeca y viceversa	✓		✓			
Cumple el tiempo de duración del procedimiento de 20 a 30 segundos.		✓		✓			
	TOTAL						

REALIZADO POR: _____

Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E
MISIONAL – TRANSVERSAL
FORMATO LISTA DE CHEQUEO PROTOCOLO CONTROL DE SIGNOS VITALES

CÓDIGO: MI-TV-FT.080
VERSIÓN: 01
FECHA: 2018-01-31

UNIDAD: victoria | SERVICIO: Ala A

TURNO: Tarde | FECHA: 19/06/20 | HORA: 16+00

NOMBRE DEL EVALUADOR: Cristian puran Bolivar | CALIFICACIÓN: 100

ITEM	ASPECTO A EVALUAR	PONDERACIÓN	CUMPLE	NO CUMPLE	NO APLICA	OBSERVACIONES
1	Se le explica al paciente el procedimiento y se verifica consentimiento informado firmado	10	✓			
2	Realiza higienización de manos con agua y jabon antes y después del procedimiento	10	✓			
3	Se verifica que el monitor este calibrado para el tipo de paciente que se le va a controlar los signos vitales	10	✓			
4	Se utiliza brazalete adecuado para la edad y tamaño del paciente (prematuro, neonato, pediátrico, adulto)	10	✓			
5	Coloca el brazalete de tal forma que la arteria queda en la zona del sensor del brazalate y 1,5 cm por encima de la articulación	10	✓			
6	Identifica alteraciones en los signos vitales y los reporta a la enfermera y médico tratante	10	✓			
7	Se realiza control de signos vitales, incluyendo saturación de oxigeno, especificando FIO2 según los horarios establecidos en el protocolo para paciente básico o *En el turno de la mañana: 8:00 am y 12:00 m* o *En el turno de la tarde: 2:00 pm y 6:00 pm* o *En el turno de 12 horas día: 8:00 am, 2:00 pm y 6:00 pm* o *En el turno de 12 horas noche: 8:00 pm, 12:00 am y 6:00 am*	10	✓			
8	*En el paciente critico se realiza el control de los signos vitales cada hora y en la paciente en posparto y código rojo se realiza el control cada 15 minutos por 2 y 4 horas respectivamente*	10	✓			
9	Realiza correctamente el control y registro de los signos vitales teniendo en cuenta técnica, precauciones, equipo y registro	10	✓			
10	Registra en el sistema de información y/o en el formato manual los signos vitales de forma oportuna.	10	✓			
	TOTAL	**100**	100			

OBSERVACIONES

Anyie Martinez
QUIEN RECIBE EVALUACIÓN
NOMBRE Y FIRMA

CRISTIAN DURAN Bolivar
EVALUADOR
NOMBRE Y FIRMA

Turno Mañana 20-06-20 Completo.

Asignación

1 Libro
Paula Diaz LVive 01 LVive 08 Postigos
Lizeth Gonzalez LVGin 04 LVGin 11 Hospital

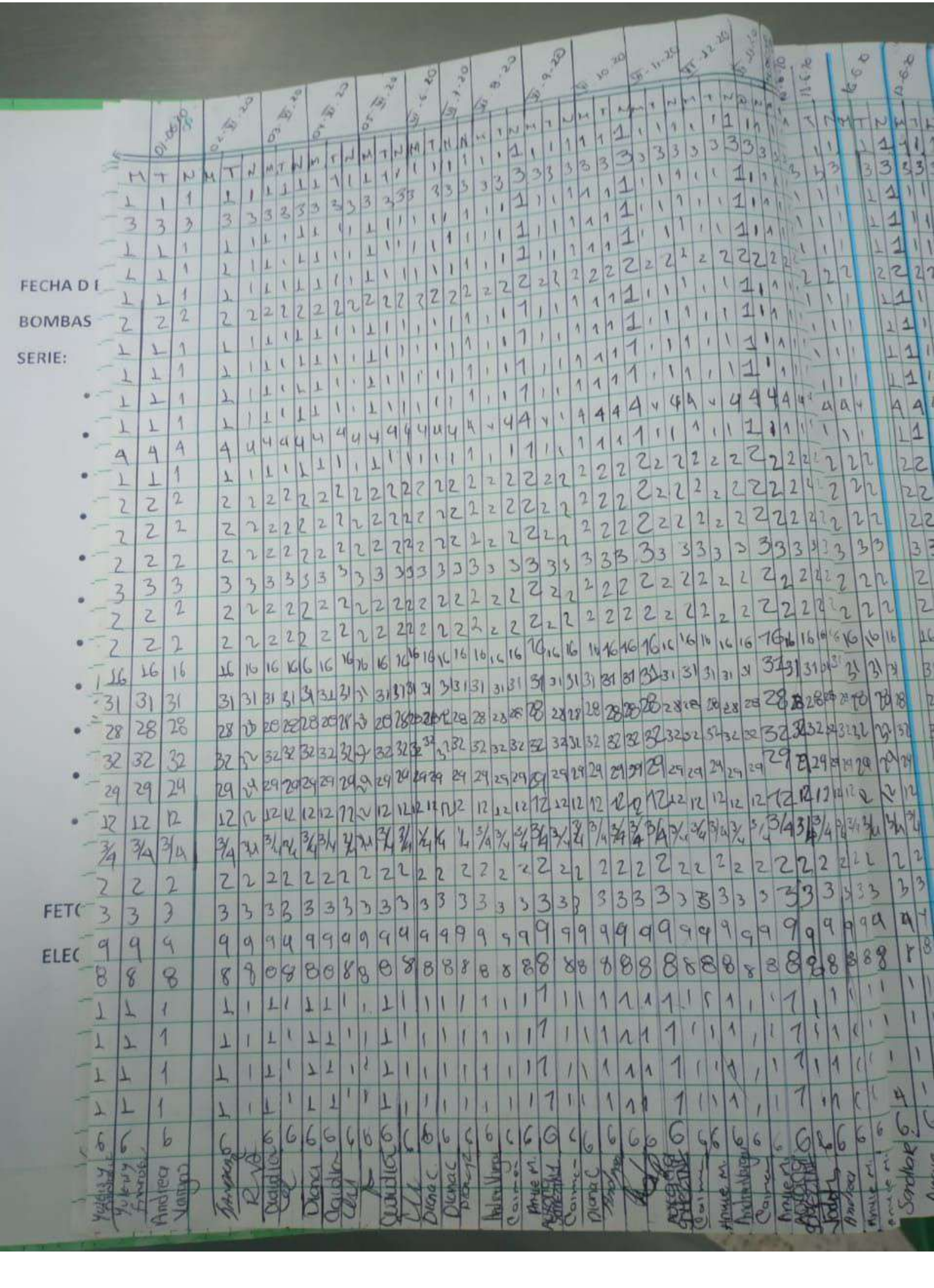
2 Libro
Sandra Rodriguez LVGin 12 LVGin 19 Intensivos
Angie Martinez LVGin 20 LVGin 27 Partos

Jefe Claudia Perez M
Doctora Ruiz.

Cama	Cp	V	Nombre Paciente	Diagnostico	LEV	RN	OR	Dren	Salida	Interconsulta	Remision	Signos	Pendientes
12	G/O		L y D										
13			L y D										
14			L y D										
15			L y D										
16	G/O		Mauri margarita Martinez	Embarazo 29 Semanas RPM, sepsis origen urinario	CO					Prog Gest. Urologia			T° 36.1 FCR 147 Hemoc(-) Uro (-) T° 36.1 Ticarcilina FCR 136
17	G/O		Ana maryuri Guillen Z	Embarazo 24 5 sem Hiperemesis de cadera 4 meses	CO								
18			L y P										
19	G/O HT		Natalia amaris Rios	PPN	SAO	M 3015							
20	G/O	A	Janitza Becerra Guzman	Ca tumor maligno del endometrio	CO								Medicos (yo) O2 Dom. Inc Abd y Pelvis Post
21			L y D										
22			L y D Emely Ortega Quiroz										
23			L y D										Salida @ Fuentes Monaca
24	G/O	A	Elizabeth Garcia Gomez	Pos laparotomia QUIRO Enterocolitis Histolitica	LE BO								
25			L y D										T° 36.2
26			L y P										
27	G/O	B	Katty Navino Peralta	PPN	LE 100	R 9325							Medicos (yo)

ENTREGA: Angie Martinez
Jhonnyn Gonzalez.

Recibe: ana gomez
Hospital Guayaquil
Hetty Urgent


FECHA D I
BOMBAS
SERIE:
FETC
ELEC

Centro Oriente E.S.E.

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.
MISIONAL - TRANSVERSAL

CÓDIGO: MI-TV-FT-004
VERSION: 01
FECHA: 2017-06-02

UNIDAD: Victoria. FECHA: 18/06/20 HORA: 1850 SERVICIO: Ala A

ITEM	CONDICIÓN REPORTADA	Paciente: / No cama:				Paciente: / No cama:				Paciente: / No cama:			
		Erika Trujillo Jara / LV1VE01				Sandra Sahara Arrodo / LV6INIS				Maria Alcira Araque / LV6INI0			
		SI	NO	NO APLICA	OBSERVACIONES	SI	NO	NO APLICA	OBSERVACIONES	SI	NO	NO APLICA	OBSERVACIONES
1	Se realiza la preparación del equipo previamente, revisando integridad de empaques y fechas de vencimiento	Si				Si				Si			
2	Alista bandeja con:												
	Elementos de fijación, película estéril transparente	Si											
	Equipo de venoclisis (macrogotero - microgotero o equipo de bomba de infusión, transfusión)	Si				Si				Si			
	Toalla impregnada con clorhexidina 2% más alcohol isopropílico 70%	Si				Si				Si			
	Solución endovenosa a infundir	Si				Si				Si			
	Guantes limpios	Si				Si				Si			
	Torniquete	Si				Si				Si			
	Catéter de calibre adecuado para la condición clínica del paciente	Si				Si				Si			
3	Realiza el rotular e al finalizar número de lúgoles de rotulo	Si				Si				Si			
4	Uso adecuado de elementos de protección individual (guantes de manejo)	Si				Si				Si			
5	Se realiza la asepsia del sitio de punción teniendo en cuenta el calibre de la vena, el flujo venoso que asegure la dilución, que no sea lesionar, venas trombosadas o con fines fibróticos, incrementando la duración del tratamiento endovenoso	Si				Si				Si			
6	Se realiza la inspección del sitio de punción, aplicando técnica de limpieza y asepsia. La limpieza se realiza del centro hacia la periferia, por tres veces. El torniquete se coloca a una distancia 10 a 15 cms por encima del sitio a puncionar	Si				Si				Si			
7	Se realiza la canalización y fijación del catéter y se conectan el sitio de punción con los pacientes aplicados a una extensión	Si				Si				Si			
8	Realiza marcación con fecha de la canalización, nombre del responsable y tamaño catéter	Si				Si				Si			
9	En el caso específico en el que se fracase con la canalización se cambia el sitio de punción y se usa un catéter nuevo, se realizan máximo dos punciones por enfermedad.	Si				Si				Si			
10	Se realiza el registro del procedimiento y novedades respectivas en la historia clínica con fecha de inserción del catéter, referente, equipo, sitio de canalización, número del catéter y número de punciones	Si				Si				Si			
	TOTAL	10				10				10			
		Nombre de quien realizó inserción del dispositivo:				Nombre de quien realizó inserción del dispositivo:				Nombre de quien realizó inserción del dispositivo:			
		Anyie Martinez				Lizeth Jaimes Gonzalez				Paola Ruiz Garcia.			

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E
MISIONAL – TRANSVERSAL
FORMATO REGISTRO DE LIMPIEZA Y DESINFECCION GENERAL DE LOS SERVICIOS

CÓDIGO: MI-TV-FT-131
VERSIÓN: 02
FECHA: 2019-08-16

AÑO Y MES: 2020 JUNIO
UNIDAD: LA VICTORIA
SERVICIO: ALA A

Fecha	TURNO			Equipos biomédicos											Otros	Contenedores plasticos	Bandeja y bombonera	Carro de paro	Carro de medicamentos	Silla de ruedas y Silla pato	Tallimetro	Camilla, cuna, incubadora en almacenamiento	Carpeta de historia clinica	Glucómetro	Mesas auxiliares	Atriles y biombos en almacenamiento	Cuarto sucio	Bata Portátil	Botiquín y cuarto limpio	Paquete termico	Estanteria	Caja termica	Tipo de limpieza		Nombre y apellidos de la persona responsable
	TM	TT	TN	Bomba de infusión	Monitor de signos vitales	Equipo de oxigeno	Electrocardiografo	Desfibrilador	Báscula-pesa bebé	Grameria	Brazaletes	Flujometros	Nevera horizontal	Nevera vertical																				R	T	
10 6 20	J	✓		NA	NA	NA	1	NA	NA	NA	NA	NA	1	NA	DOPPLER	NA	3	1	1	NA	NA	NA	NA	1	2	NA	NA	1	1	NA	NA	NA	✓		JUEAN FONSECA
11-6 20	V	✓		NA	NA	NA	1	NA	NA	NA	NA	NA	1	NA	NA	NA	3	1	1	NA	NA	NA	NA	1	2	NA	NA	1	1	NA	NA	NA	✓		JUEAN FONSECA
12-6 20	V	✓		NA	NA	NA	1	NA	NA	NA	NA	NA	1	NA	NA	NA	3	1	1	NA	NA	NA	NA	1	2	NA	NA	1	1	NA	NA	NA	✓		JUEAN FONSECA
15-6-20			✓	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	1	N/A	N/A	N/A	4	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	1	2	N/A	N/A	N/A	1	N/A	N/A	N/A	✓		Andrea Vargas
17-6 20			✓	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	1	N/A	DOPPLER 1	N/A	9	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	1	2	N/A	N/A	N/A	1	N/A	N/A	N/A	✓		Andrea Vargas
18 0020	X			NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	1	NA	NA	NA	3	NA	NA	NA	NA	NA	NA	1	2	NA	NA	NA	1	NA	NA	NA	✓		Claudia Nothing
18-06-20		X		NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	1	NA	NA	NA	3	NA	NA	NA	NA	NA	NA	1	2	NA	NA	NA	1	NA	NA	NA	✓		Angie M.
18-6-20			X	X	1	—	-	-	-	-	-	-	1	—	Doppler	-	3	-	-	-	-	-	-	1	2	-	-	-	1	-	-	-	✓		Diana Fonseca
19-6 20			X	N/A	2	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	2	N/A	2	N/A		1	N/A	4	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	1	2	N/A	N/A	N/A	1	N/A	N/A	N/A	✓		Andrea Vargas
21-6-20			X	NA	2	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	2	N/A	N/A	N/A		1	N/A	4	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	1	2	N/A	N/A	N/A	1	N/A	N/A	N/A	✓		Andrea Vargas
22-6-20			X	X	2	-	-	-	-	-	2	-	-	-	1		-	4	-	-	-	-	-	-	÷	2	-	-	-	1	-	-	-	✓		Diana Fonseca
23-6-20		X		N/A	2	-	-	-	-	-	2	-	-	-	1		N/A	4	-	-	-	-	-	-	1	2	-	-	-	1	-	-	-	✓		Angie M.

CONVENCIONES:
NA: No Aplica
N/R: No se Realizó
OBS: Describir que equipo biomedico

Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud
Centro Oriente E.S.E.

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E
MISIONAL – TRANSVERSAL
FORMATO LISTA DE CHEQUEO USO CORRECTO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL EN EL PERSONAL DE SALUD COVID-19

CÓDIGO: MI-PV-FT-19
VERSIÓN:
FECHA: 2020-03-27

NOMBRE DE COLABORADOR	SERVICIO	UNIDAD	CARGO	TIPO DE CONTRATO [LN, PT, CA, PV, TO, CO, TER]	POLAINAS	UNIFORME QUIRÚRGICO	MASCARILLA QUIRÚRGICA CONVENCIONAL	MASCARILLA DE ALTA EFICIENCIA	GAFAS O CARETA	GORRO	BATA	BOTAS	GUANTES	CONSUMO DE ALIMENTOS EN ESPACIOS NO DESTINADOS	OBSERVACIONES	FIRMA DEL COLABORADOR QUE RECIBE RETROALIMENTACIÓN
Liceth Gonzalez R	Ala A	victoria	Auxiliar Enfermeria	CO	NA	NA	Si	Si	si	Si	NO	NO	Si	NO	Elementos se usan para Aislamiento por gotas	Liceth Gonzalez
Paula Diaz Garcia	Ala A	victoria	Auxiliar Enfermeria	CO	NA	NA	Si	Si	si	Si	NO	NO	Si	NO	Elementos se usan para Aislamiento por gotas	Paula Diaz G.
Sandra Rodriguez Garca	Ala A	victoria	Auxiliar Enfermeria	CO	NA	NA	Si	Si	si	si	NO	NO	Si	NO	Elementos se usan para Aislamiento por gotas	SANDRA RODRIGUEZ
Angie Martinez Jara	Ala A	victoria	Auxiliar Enfermera	CO	NA	NA	Si	Si	si	si	NO	NO	Si	NO	Elementos se usan para Aislamiento por gotas	Angie Martinez
Cristian Duran Bolivar	Ala A	victoria	Enfermero	CO	NA	NA	Si	Si	Si	Si	NO	NO	Si	NO	Elementos se usan para Aislamiento por gotas	CRISTIAN DURAN.

Para el diligenciamiento del formato tenga en cuenta registrar SI en la casilla que cumpla cada criterio, NO si no cumple y Registrar NA si no aplica en el momento de la evaluación.

REVISADO POR: