

CLÍNICA NUESTRA SEÑORA DE LOS REMEDIOS		Código: SST-FR-090			
Formato: Lista de Verificación adherencia al uso de Elementos de Protección Personal y Bloseguridad					
Fecha: 8/Abril/2020					
Versión: 002					
NOMBRE DE QUIEN INSPECCIONA:	Diana G. Jaenez H				
CARGO:	Enfermera				
FECHA DE INSPECCIÓN:	25 Julio				
SERVICIO:	Hosp				
TURNO:	M	T	N		
PROCEDIMIENTO OBSERVADO:					
TRABAJADORES OBSERVADOS	Trabajador No 1	Trabajador No 2	Trabajador No 3	Trabajador No 4	
	Manana	Alexander	Ana Ivica	Dadler	
Uso de Elementos de Protección Personal/Cumplimiento					
CRITERIOS DE CALIFICACIÓN: C: CUMPLE NC: NO CUMPLE NT: NO TIENE NA: NO APLICA					
1	Gorro	C	C	C	C
2	Gafas de Seguridad	C	C	C	C
3	Careta y/o Visor	C	C	C	C
4	Mascarilla Convencional	C	C	C	C
5	Respirador N 95	C	C	C	C
6	Guantes	C	C	C	C
7	Bata Antifluidos	C	C	C	C
8	Protector Auditivo	NA	NA	NA	NA
9	Delantal Plástico	C	C	C	C
10	Delantal en PVC	NA	NA	NA	NA
11	Botas	C	C	C	C
12	Traje Especial	C	C	C	C
13	Otro ()				
Razón de No Uso del Elemento de Protección Personal:					
CRITERIOS DE CALIFICACIÓN: SEÑALE CON UNA (X) SEGÚN OPCIÓN					
1	Elemento dañado				
2	No Disponible				
3	Olvido				
4	Desconoce Estándar				
5	Otras Observaciones:				
Estándares a evaluar					
CRITERIOS DE CALIFICACIÓN: MARQUE SI NO NA SEGÚN EL CASO					
1	Realiza lavado de manos antes y después de cada procedimiento, o realiza la fricción antiséptica si no amerita lavado de manos.	Si	Si	Si	Si
2	Utiliza siempre los EPP requeridos de acuerdo al procedimiento a realizar y hasta el final del mismo.	Si	Si	Si	Si
3	Realiza los procedimientos empleando técnicas correctas para minimizar riesgo de aerosoles, gotas, salpicaduras o derrames.	Si	Si	Si	Si
4	Verifica el tipo de aislamiento y utiliza los EPP requeridos: *Aislamiento Respiratorio: Aéreo o por gotas: Mascarilla quirúrgica, guantes, gafas. *Aislamiento Respiratorio por aerosoles: Mascarilla de alta eficiencia N95, gafas y guantes. *Aislamiento por contacto: Bata, guantes, gafas y gorro.	Si	Si	Si	Si



CLÍNICA NUESTRA
SEÑORA DE LOS REMEDIOS

Código: SST-FR-090

Formato: Lista de Verificación adherencia al uso de Elementos de Protección Personal y Bioseguridad

Fecha: 8/Abril/2020

Versión: 002

5	Siempre descarta los cortopunzantes inmediatamente al terminar el procedimiento, concentrado, evitando reencapsular agujas y doblar o partir cuchillas.	Si	Si	Si	Si
6	Verifica el estado del guardián antes de su uso.	Si	Si	Si	Si
7	Realiza el descarte de residuos adecuadamente en los recipientes destinados para tal fin al finalizar el procedimiento.	Si	Si	Si	Si
8	Mantiene el lugar de trabajo en óptimas condiciones de higiene, orden y aseo.	Si	Si	Si	Si
9	El personal asistencial utiliza calzado cerrado, sin orificios y con suela antideslizante.	Si	Si	Si	Si
10	El personal asistencial no utiliza joyas durante la realización de los procedimientos como: anillos, cadenas, pulseras, etc.	Si	Si	Si	Si
TOTAL ITEMS OBSERVADOS		10	10	10	10
TOTAL ITEMS QUE CUMPLEN		10	10	10	10
PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO		100%	100%	100%	100%
FIRMA DEL COLABORADOR		Mariana Tobo	Ana Suarez	Judith	
TOTAL TRABAJADORES OBSERVADOS		4			
TOTAL TRABAJADORES OBSERVADOS QUE CUMPLEN		4			
CUMPLIMIENTO SERVICIO : No. Trabajadores que cumplen/Total Trabajadores Observados*100		100%			

CLÍNICA NUESTRA SEÑORA DE LOS REMEDIOS		Código: SST-FR-090			
Formato: Lista de Verificación adherencia al uso de Elementos de Protección Personal y Bioseguridad					Fecha: 8/Abril/2020 Versión: 002
NOMBRE DE QUIEN INSPECCIONA:	Diana G. Inarache H				
CARGO:	Enfermera				
FECHA DE INSPECCIÓN:	27 Julio 2020				
SERVICIO:	Hospitalización				
TURNO:	M	T	N		
PROCEDIMIENTO OBSERVADO:					
TRABAJADORES OBSERVADOS	Trabajador No 1	Trabajador No 2	Trabajador No 3	Trabajador No 4	
	Juan Alberto	Susan	Esneida	Nicolas.	
Uso de Elementos de Protección Personal/Cumplimiento					
CRITERIOS DE CALIFICACIÓN: C: CUMPLE NC: NO CUMPLE NT: NO TIENE NA: NO APLICA					
1	Gorro	C	C	C	C
2	Gafas de Seguridad	C	NT	C	NC
3	Careta y/o Visor	C	C	C	C
4	Mascarilla Convencional	C	C	C	C
5	Respirador N 95	C	C	C	C
6	Guantes	C	C	C	C
7	Bata Antifluidos	C	C	C	C
8	Protector Auditivo	C	NA	C	NA
9	Delantal Plástico	C	NT	C	NT
10	Delantal en PVC	C	C	C	NT
11	Botas	C	NT	C	NT
12	Traje Especial	C	C	C	NT
13	Otro ()	NA	NA	NA	NA
Razón de No Uso del Elemento de Protección Personal					
CRITERIOS DE CALIFICACIÓN: SEÑALE CON UNA (X) SEGUN OPCION					
1	Elemento dañado				
2	No Disponible				
3	Olvido		BOYAJ		
4	Desconoce Estándar				
5	Otras Observaciones:				
Estándares a evaluar					
CRITERIOS DE CALIFICACIÓN: MARQUE SI, NO, NA SEGUN EL CASO					
1	Realiza lavado de manos antes y después de cada procedimiento, lo realiza la fricción antiséptica si no amerita lavado de manos.	Si	Si	Si	Si
2	Utiliza siempre los EPP requeridos de acuerdo al procedimiento a realizar y hasta el final del mismo.	Si	Si	Si	Si
3	Realiza los procedimientos empleando técnicas correctas para minimizar riesgo de aerosoles, gotas, salpicaduras o derrames.	Si	Si	Si	NT
4	Verifica el tipo de aislamiento y utiliza los EPP requeridos: *Aislamiento Respiratorio Aéreo o por gotas: Mascarilla quirúrgica, guantes, gafas. *Aislamiento Respiratorio por aerosoles: Mascarilla de alta eficiencia N95, gafas y guantes. *Aislamiento por contacto: Bata, guantes, gafas y gorro.	Si	Si	Si	Si



CLÍNICA NUESTRA
SEÑORA DE LOS REMEDIOS

Código: SST-FR-090

Formato: Lista de Verificación adherencia al uso de Elementos de Protección Personal y Bioseguridad

Fecha: 8/Abril/2020

Versión: 002

5	Siempre descarta los cortopunzantes inmediatamente al terminar el procedimiento, concentrado, evitando reencapsular agujas y doblar o partir cuchillas.	SI	SI	SI	SI
6	Verifica el estado del guardián antes de su uso.	SI	SI	SI	SI
7	Realiza el descarte de residuos adecuadamente en los recipientes destinados para tal fin al finalizar el procedimiento.	SI	SI	SI	SI
8	Mantiene el lugar de trabajo en óptimas condiciones de higiene, orden y aseo.	SI	SI	SI	SI
9	El personal asistencial utiliza calzado cerrado, sin orificios y con suela antideslizante.	SI	SI	SI	SI
10	El personal asistencial no utiliza joyas durante la realización de los procedimientos como: anillos, cadenas, pulseras, etc.	SI	SI	SI	SI
TOTAL ITEMS OBSERVADOS		10	10	10	10
TOTAL ITEMS QUE CUMPLEN		10	10	10	10
PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO		100%	100	100	100
FIRMA DEL COLABORADOR		Jhon Herrera, Dorado, Cruz, Gomez G, Nicolas Pinzon.			
TOTAL TRABAJADORES OBSERVADOS		4			
TOTAL TRABAJADORES OBSERVADOS QUE CUMPLEN		4			
CUMPLIMIENTO SERVICIO : No. Trabajadores que cumplen/Total Trabajadores Observados*100		100			