



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

Fecha: 8/Abril/2020

Versión: 002

NOMBRE DE QUIEN INSPECCIONA	David Steven Urbino Aguilera			
CARGO	Enfermero			
FECHA DE INSPECCIÓN	23/04/20			
SERVICIO	Urología 3A			
TURNO	M <u>5</u>	T <u> </u>	N <u> </u>	
PROCEDIMIENTO OBSERVADO				
TRABAJADORES OBSERVADOS	Trabajador No 1 Cebx de Entrenamiento	Trabajador No 2	Trabajador No 3	Trabajador No 4
Uso de Elementos de Protección Personal/Cumplimiento				
CRITERIOS DE CALIFICACIÓN: C: CUMPLE NC: NO CUMPLE NT: NO TIENE NA: NO APLICA				
1	Gorro	C		
2	Gafas de Seguridad	NT		
3	Careta y/o Visor	C		
4	Mascarilla Convencional	C		
5	Respirador N 95	C		
6	Guantas	C		
7	Bata Antifluidos	C		
8	Protector Auditivo	NA		
9	Delantal Plástico	NA		
10	Delantal en PVC	NA		
11	Botas	NA		
12	Traje Especial	NA		
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	X		
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		
2	Utiliza siempre los EPP requeridos de acuerdo al procedimiento a realizar y hasta el final del mismo.	SI		
3	Realiza los procedimientos empleando técnicas correctas para minimizar riesgo de aerosoles, gotas, salpicaduras o derrames.	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.	NA		



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			
6	Verifica el estado del guardián antes de su uso.	Si			
7	Realiza el descarte de residuos adecuadamente en los recipientes destinados para tal fin al finalizar el procedimiento.	Si			
8	Mantiene el lugar de trabajo en óptimas condiciones de higiene, orden y aseo.	Si			
9	El personal asistencial utiliza calzado cerrado, sin orificios y con suela antideslizante.	Si			
10	El personal asistencial no utiliza joyas durante la realización de los procedimientos como: anillos, cadenas, pulseras, etc.	Si			
TOTAL ÍTEM'S OBSERVADOS		9			
TOTAL ÍTEM'S QUE CUMPLEN		9			
PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO		100%			
FIRMA DEL COLABORADOR					
TOTAL TRABAJADORES OBSERVADOS					
TOTAL TRABAJADORES OBSERVADOS QUE CUMPLEN					
CUMPLIMIENTO SERVICIO : No. Trabajadores que cumplen/Total Trabajadores Observados*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			
NOMBRE DE QUIEN INSPECCIONA: <i>David Sforza Cabrera A</i>		Fecha: 8/Abril/2020	
CARGO: <i>Entrenador</i>		Versión: 002	
FECHA DE INSPECCIÓN: <i>21/04</i>			
SERVICIO:			
TURNO: M <i>A</i> T <i>A</i> N			
PROCEDIMIENTO OBSERVADO:			
Trabajador No 1		Trabajador No 2	
Trabajador No 3		Trabajador No 4	
TRABAJADORES OBSERVADOS: <i>Arx Entrenador Arx Entrenador</i>			
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
2	Gafas de Seguridad	NT	NT
3	Careta y/o Visor	C	C
4	Mascarilla Convencional	C	C
5	Respirador N 95	C	C
6	Guantas	C	C
7	Bata Antifluidos	C	C
8	Protector Auditivo	NA	NA
9	Delantal Plástico	NA	C
10	Delantal en PVC	C	NA
11	Botas	NT	NT
12	Traje Especial	NA	NA
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
2	Utiliza siempre los EPP requeridos de acuerdo al procedimiento a realizar y hasta el final del mismo.	Si	Si
3	Realiza los procedimientos empleando técnicas correctas para minimizar riesgo de aerosoles, gotas, salpicaduras o derrames.	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



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.	Sí	Sí		
6	Verifica el estado del guardián antes de su uso.	Sí	Sí		
7	Realiza el descarte de residuos adecuadamente en los recipientes destinados para tal fin al finalizar el procedimiento.	Sí	Sí		
8	Mantiene el lugar de trabajo en óptimas condiciones de higiene, orden y aseo.	Sí	Sí		
9	El personal asistencial utiliza calzado cerrado, sin orificios y con suela antideslizante.	Sí	Sí		
10	El personal asistencial no utiliza joyas durante la realización de los procedimientos como: anillos, cadenas, pulseras, etc.	Sí	Sí		
TOTAL ÍTEMS OBSERVADOS		10	10		
TOTAL ÍTEMS QUE CUMPLEN		10	10		
PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO		100%	100%		
FIRMA DEL COLABORADOR		M. J. Leonor G.	M. C. C. C.		
TOTAL TRABAJADORES OBSERVADOS					
TOTAL TRABAJADORES OBSERVADOS QUE CUMPLEN					
CUMPLIMIENTO SERVICIO : No. Trabajadores que cumplen/Total Trabajadores Observados*100					