

| 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 | Mónica Andrea Mendoza Páez | | | |
| CARGO | Enfermera | | | |
| FECHA DE INSPECCIÓN | 03/04/2020 | | | |
| SERVICIO | 3A | | | |
| TURNOS | M <input checked="" type="checkbox"/> | T <input checked="" type="checkbox"/> | N <input type="checkbox"/> | |
| PROCEDIMIENTO OBSERVADO | | | | |
| TRABAJADORES OBSERVADOS | Trabajador No 1 Karime | Trabajador No 2 Adriana | Trabajador No 3 Daniel | |
| 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 |
| 2 | Gafas de Seguridad | C | C | C |
| 3 | Careta y/o Visor | C | C | C |
| 4 | Mascarilla Convencional | C | C | C |
| 5 | Respirador N 95 | C | C | C |
| 6 | Guantes | C | C | C |
| 7 | Bata Antifluidos | C | C | C |
| 8 | Protector Auditivo | NA | NA | NA |
| 9 | Delantal Plástico | NA | NA | NA |
| 10 | Delantal en PVC | NA | NA | NA |
| 11 | Botas | NA | NA | NA |
| 12 | Traje Especial | NA | NA | NA |
| 13 | Otro () | NA | NA | NA |
| 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 |
| 2 | Utiliza siempre los EPP requeridos de acuerdo al procedimiento a realizar y hasta el final del mismo. | SI | SI | SI |
| 3 | Realiza los procedimientos empleando técnicas correctas para minimizar riesgo de aerosoles, gotas, salpicaduras o derrames. | 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 |

7440



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 | |
| 6 | Verifica el estado del guardián antes de su uso. | Si | Si | Si | |
| 7 | Realiza el descarte de residuos adecuadamente en los recipientes destinados para tal fin al finalizar el procedimiento. | Si | Si | Si | |
| 8 | Mantiene el lugar de trabajo en óptimas condiciones de higiene, orden y aseo. | Si | Si | Si | |
| 9 | El personal asistencial utiliza calzado cerrado, sin orificios y con suela antideslizante. | Si | Si | Si | |
| 10 | El personal asistencial no utiliza joyas durante la realización de los procedimientos como: anillos, cadenas, pulseras, etc. | Si | Si | Si | |
| TOTAL ITEMS OBSERVADOS | | 23 | | | |
| TOTAL ITEMS QUE CUMPLEN | | 23 | | | |
| PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO | | | | | |
| FIRMA DEL COLABORADOR | | | | | |
| TOTAL TRABAJADORES OBSERVADOS | | 3 | | | |
| TOTAL TRABAJADORES OBSERVADOS QUE CUMPLEN | | 3 | | | |
| CUMPLIMIENTO SERVICIO : No. Trabajadores que cumplen/Total Trabajadores Observados*100 | | | | | |



Código: ST-FR-047

Formato: Entrega de Elementos de Protección Personal

Fecha: 17/Junio/2014

Me comprometo a utilizar los elementos de protección que me han sido suministrados para el desempeño de mis funciones y actividades dentro del área de trabajo. He sido instruido sobre la manera correcta de su uso y mantenimiento; igualmente me comprometo a mantenerlos en buen estado y reportar cualquier anomalía al jefe inmediato, para su reposición.

| FECHA DE ENTREGA | | | NOMBRE TRABAJADOR | AREA | NOMBRE DEL ELEMENTO DE PROTECCIÓN PERSONAL (EPP) | CANTIDAD | FIRMA |
|------------------|----|------|------------------------|---------|--|----------|------------------------|
| D | M | A | | | | | |
| 13 | 07 | 2020 | Araceli Moreno | Hosp 3A | Tapabocas NOS | 1 | Araceli Moreno |
| 13 | 07 | 2020 | Monica Mendez | Hosp 3A | Tapabocas alta | 1 | Monica Mendez |
| 13 | 07 | 2020 | Pilarada H. | Hosp 3A | Tapabocas alta | 1 | Pilarada H. |
| 13 | 07 | 2020 | Maruvin Moreno | Hosp 3A | Tapabocas alta | 1 | Maruvin Moreno |
| 13 | 07 | 2020 | Yolanda Eugenia Pineda | Hosp 3A | Tapabocas alta | 1 | Yolanda Eugenia Pineda |
| 13 | 07 | 2020 | Guillermo E. Llanos | Hosp 3A | Tapabocas alta | 1 | Guillermo E. Llanos |
| 14 | 07 | 2020 | Yolanda E. Llanos | Hosp 3A | Tapabocas alta | 1 | Yolanda E. Llanos |
| 14 | 07 | 2020 | Yolanda E. Llanos | Hosp 3A | Tapabocas alta | 1 | Yolanda E. Llanos |
| 14 | 07 | 2020 | Yolanda E. Llanos | Hosp 3A | Tapabocas alta | 1 | Yolanda E. Llanos |
| 15 | 07 | 2020 | Yolanda E. Llanos | Hosp 3A | Tapabocas alta | 1 | Yolanda E. Llanos |
| 15 | 07 | 2020 | Yolanda E. Llanos | Hosp 3A | Tapabocas alta | 1 | Yolanda E. Llanos |
| 16 | 07 | 2020 | Yolanda E. Llanos | Hosp 3A | Tapabocas alta | 1 | Yolanda E. Llanos |

