

 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		Fecha: 8/Abril/2020		
CARGO		Versión: 002		
FECHA DE INSPECCIÓN		NOMBRE DE QUIEN INSPECCIONA		
SERVICIO		CARGO		
TURNO		FECHA DE INSPECCIÓN		
PROCEDIMIENTO OBSERVADO		SERVICIO		
Trabajador No 1		Trabajador No 2		
Trabajador No 3		Trabajador No 4		
Trabajadores Observados		Trabajadores Observados		
Uso de Elementos de Protección Personal/Cumplimiento				
CRITERIOS DE CALIFICACIÓN: C: CUMPLE NG: NO CUMPLE NT: NO TIENE NA: NO APLICA				
1	Gorro	N/D	N/D	N/D
2	Gafas de Seguridad	N/D	N/D	N/D
3	Careta y/o Visor	N/D	N/D	N/D
4	Mascarilla Convencional	C	C	C
5	Respirador N 95	N/D	N/D	N/D
6	Guantes	N/D	N/D	N/D
7	Bata Antifluidos	N/D	N/D	N/D
8	Protector Auditivo	N/D	N/D	N/D
9	Delantal Plástico	N/D	N/D	N/D
10	Delantal en PVC	N/D	N/D	N/D
11	Botas	N/D	N/D	N/D
12	Traje Especial	N/D	N/D	N/D
13	Otro ()	N/D	N/D	N/D
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

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.	n/a	n/a	n/a	n/a
6	Verifica el estado del guardián antes de su uso.	n/a	n/a	n/a	n/a
7	Realiza el descarte de residuos adecuadamente en los recipientes destinados para tal fin al finalizar el procedimiento.	n/a	n/a	n/a	n/a
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.	n/a	n/a	si	n/a
10	El personal asistencial no utiliza joyas durante la realización de los procedimientos como: anillos, cadenas, pulseras, etc.	n/a	n/a	n/a	n/a
TOTAL ITEMS OBSERVADOS		4	4	4	4
TOTAL ITEMS QUE CUMPLEN		4	4	4	4
PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO		100%	100%	100%	100%
FIRMA DEL COLABORADOR		Andrea Rondero Mancha Arce Tatiana F. Angie Lemos			
TOTAL TRABAJADORES OBSERVADOS		4			
TOTAL TRABAJADORES OBSERVADOS QUE CUMPLEN		4			
CUMPLIMIENTO SERVICIO : No. Trabajadores que cumplen/Total Trabajadores Observados*100		100%			