

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	NICOLE - P. SORIANO				
CARGO	COORDINADORA				
FECHA DE INSPECCIÓN	04-08-2020				
SERVICIO	INFORMACIÓN				
TURNOS	M <input checked="" type="checkbox"/>	T <input type="checkbox"/>	N <input type="checkbox"/>		
PROCEDIMIENTO OBSERVADO					
TRABAJADORES OBSERVADOS	Trabajador No 1	Trabajador No 2	Trabajador No 3	Trabajador No 4	
	Flor Navarrete	Glenn Jaramilla	Maria Elena Pardo	Dorely Pardo	
Uso de Elementos de Protección Personal/Cumplimiento					
CRITERIOS DE CALIFICACIÓN: C: CUMPLE NC: NO CUMPLE NT: NO TIENE NA: NO APLICA					
1	Gorro	C	N/A	N/D	N/D
2	Gafas de Seguridad	C	N/D	N/D	N/D
3	Careta y/o Visor	C	N/D	N/D	N/D
4	Mascarilla Convencional	C	C	C	C
5	Respirador N 95	N/D	N/D	N/D	N/D
6	Guantes	N/D	N/D	N/D	N/D
7	Bata Antifluidos	N/D	N/D	N/D	N/D
8	Protector Auditivo	N/D	N/D	N/D	N/D
9	Delantal Plástico	N/D	N/D	N/D	N/D
10	Delantal en PVC	N/D	N/D	N/D	N/D
11	Botas	N/D	N/D	N/D	N/D
12	Traje Especial	N/D	N/D	N/D	N/D
13	Otro ( )	N/D	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	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	N/D	N/D	N/D
7	Realiza el descarte de residuos adecuadamente en los recipientes destinados para tal fin al finalizar el procedimiento.	Si	N/D	N/D	N/D
8	Mantiene el lugar de trabajo en óptimas condiciones de higiene, orden y aseo.	Si	Si	N/D	N/D
9	El personal asistencial utiliza calzado cerrado, sin orificios y con suela antideslizante.	N/D	N/D	N/D	N/D
10	El personal asistencial no utiliza joyas durante la realización de los procedimientos como: anillos, cadenas, pulseras, etc.	N/D	N/D	N/D	N/D
TOTAL ITEMS OBSERVADOS		3	3	3	3
TOTAL ITEMS QUE CUMPLEN		3	3	3	3
PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO		100%	100%	100%	100%
FIRMA DEL COLABORADOR		Flor Alba Norrediz		Ana Helena Patiño García	
TOTAL TRABAJADORES OBSERVADOS		4			
TOTAL TRABAJADORES OBSERVADOS QUE CUMPLEN		4			
CUMPLIMIENTO SERVICIO : No. Trabajadores que cumplen/Total Trabajadores Observados*100		100%			