
 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				
SERVICIO				
TURNO				
PROCEDIMIENTO OBSERVADO				
TRABAJADORES OBSERVADOS	Trabajador No 1 <i>Nashy M</i>	Trabajador No 2 <i>Clavdia H</i>	Trabajador No 3 <i>Ugarte</i>	
Uso de Elementos de Protección Personal/Cumplimiento				
CRITERIOS DE CALIFICACIÓN: C: CUMPLE NC: NO CUMPLE NT: NO TIENE NA: NO APLICA				
1	Gorro	<i>C</i>	<i>C</i>	<i>C</i>
2	Gafas de Seguridad	<i>C</i>	<i>C</i>	<i>C</i>
3	Caretas y/o Visor	<i>C</i>	<i>C</i>	<i>C</i>
4	Mascarilla Convencional	<i>C</i>	<i>C</i>	<i>C</i>
5	Respirador N 95	<i>C</i>	<i>C</i>	<i>C</i>
6	Guantes	<i>C</i>	<i>C</i>	<i>C</i>
7	Bata Antifluidos	<i>C</i>	<i>C</i>	<i>C</i>
8	Protector Auditivo			
9	Delantal Plástico			
10	Delantal en PVC			
11	Botas			
12	Traje Especial			
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.	<i>SI</i>	<i>SI</i>	<i>SI</i>
2	Utiliza siempre los EPP requeridos de acuerdo al procedimiento a realizar y hasta el final del mismo.	<i>SI</i>	<i>SI</i>	<i>SI</i>
3	Realiza los procedimientos empleando técnicas correctas para minimizar riesgo de aerosoles, gotas, salpicaduras o derrames.	<i>SI</i>	<i>SI</i>	<i>SI</i>
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.	<i>SI</i>	<i>SI</i>	<i>SI</i>

 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	
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 ÍTEMS OBSERVADOS		10	10	10	
TOTAL ÍTEMS QUE CUMPLEN		10	10	10	
PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO					
FIRMA DEL COLABORADOR		x ABAY	x claudia M	x YULIOMAR B	
TOTAL TRABAJADORES OBSERVADOS		3	AUXILIARES		
TOTAL TRABAJADORES OBSERVADOS QUE CUMPLEN		3	AUXILIARES		
CUMPLIMIENTO SERVICIO : No. Trabajadores que cumplen/Total Trabajadores Observados*100					