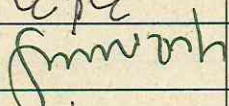


CLÍNICA NUESTRA SENORA DE LOS REMEDIOS		Código: SST-FR-090 Fecha: 8/Abril/2020 Versión: 002	
Formato: Lista de Verificación adherencia al uso de Elementos de Protección Personal y Bioseguridad			
NOMBRE DE QUIEN INSPECCIONA Dr. E. G. G.		CARGO Jefe de Laboratorio	
FECHA DE INSPECCIÓN 11/04/2020		SERVICIO Laboratorio	
TURNO M		PROCEDIMIENTO OBSERVADO N	
TRABAJADORES OBSERVADOS Trabajador No 1: <i>Chavez</i> Trabajador No 2: <i>Pedraza</i> Trabajador No 3: <i>Castro</i> Trabajador No 4: <i>Castro</i>			
CRITERIOS DE CALIFICACIÓN: C: CUMPLE NC: NO CUMPLE NT: NO TIENE NA: NO APLICA			
Uso de Elementos de Protección Personal/Cumplimiento			
1	Gorro	C	C
2	Gafas de Seguridad	C	C
3	Careta y/o Visor	C	C
4	Mascarilla Convencional	C	C
5	Respirador N 95	C	C
6	Gantes	C	C
7	Bata Antifluidos	C	C
8	Protector Auditivo	NA	NA
9	Delantal Plástico	C	C
10	Delantal en PVC	NA	NA
11	Botas	NA	NA
12	Traje Especial	NA	NA
13	Otro ()		
Razón de No Uso del Elemento de Protección Personal			
CRITERIOS DE CALIFICACIÓN: SEÑALE CON UNA (X) SEGUN OPCION			
1	Elemento dañado		
2	No Disponible		
3	Olvido		
4	Desconoce Estándar		
5	Otras Observaciones:		
Estándares a evaluar			
CRITERIOS DE CALIFICACIÓN: MARQUE SI NO NA SEGUN 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

CLÍNICA NUESTRA SEÑORA DE LOS REMEDIOS		Formato: Lista de Verificación adherencia al uso de Elementos de Protección Personal y Bioseguridad		Versión: 002	
Código: SST-FR-090		Fecha: 8/Abril/2020			
5	Siempre descarta los cortopunzantes inmediatamente al terminar el procedimiento, evitando concentrar, 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 oficinas 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		10	10	10	
TOTAL ITEMS QUE CUMPLEN		10	10	10	
PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO		100%	100%	100%	
FIRMA DEL COLABORADOR		 3/3/2020			
TOTAL TRABAJADORES OBSERVADOS					
TOTAL TRABAJADORES QUE CUMPLEN		100%			
CUMPLIMIENTO SERVICIO : No. Trabajadores que cumplen/Total Trabajadores Observados*100					

Fecha: 12/Junio/2020
Versión: 001

[illegible]

CLÍNICA NUESTRA SEÑORA DE LOS REMEDIOS		Código: SST-FR-109
Formato: Entrega y Uso de Elementos de Protección Personal de Bioseguridad		Fecha: 12/Junio/2020
		Versión: 001

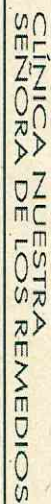
FECHA DE ENTREGA		Capucha	Gorro	Respirador N95	Mascarilla Quirúrgica	Monogafas	Visor / Careta	Pijama Quirúrgica	Uniforme Antifluído	Bata Antifluído	Guantes	Polainas	NOMBRE Y FIRMA	OBSERVACIONES
D	M	A												
05	10	20	SI	SI	SI	NO	SI	NO	SI	SI	SI	SI	Ronald	
05	10	20	SI	SI	SI	NO	SI	NO	SI	SI	SI	SI	Harold	
05	10	20	SI	SI	SI	NO	SI	NO	SI	SI	SI	SI	Man	
05	10	20	SI	SI	SI	NO	SI	NO	SI	SI	SI	SI	Patricio	
05	10	20	SI	SI	SI	SI	SI	NO	SI	SI	SI	SI	Guadalupe	
06	10	20	SI	SI	SI	NO	SI	NO	SI	SI	SI	SI	Caroly	
06	10	20	SI	SI	SI	NO	SI	NO	SI	SI	SI	SI	Man	
06	10	20	SI	SI	SI	NO	SI	NO	SI	SI	SI	SI	Ronald	
06	10	20	SI	SI	SI	NO	SI	NO	SI	SI	SI	SI	Carolina	
06	10	20	SI	SI	SI	NO	SI	NO	SI	SI	SI	SI	Harold	
07	10	20	SI	SI	SI	NO	SI	NO	SI	SI	SI	SI	Man	
07	10	20	SI	SI	SI	NO	SI	NO	SI	SI	SI	SI	Harold	
07	10	20	SI	SI	SI	NO	SI	NO	SI	SI	SI	SI	Man	
08	10	20	SI	SI	SI	NO	SI	NO	SI	SI	SI	SI	Man	
08	10	20	SI	SI	SI	NO	SI	NO	SI	SI	SI	SI	Man	
09	10	20	SI	SI	SI	NO	SI	NO	SI	SI	SI	SI	Man	
09	10	20	SI	SI	SI	NO	SI	NO	SI	SI	SI	SI	Man	
09	10	20	SI	SI	SI	NO	SI	NO	SI	SI	SI	SI	Man	
09	10	20	SI	SI	SI	NO	SI	NO	SI	SI	SI	SI	Man	
09	10	20	SI	SI	SI	NO	SI	NO	SI	SI	SI	SI	Man	

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.

Formato: Entrega y Uso de Elementos de Protección Personal de Bioseguridad

FECHA DE ENTREGA		Higiene de manos	Gorro	Respirador N95	Mascarilla Quirúrgica	Monogafas	Visor/Careta	Pijama Quirúrgica	Uniforme Antifluído	Bata Antifluído	Guantes	Pantallas	NOMBRE Y FIRMA	OBSERVACIONES
D	M A													
19	06/20	SI	SI	SI	SI	NO	SI	NO	SI	SI	SI	SI	Vanilla	
13	06/20	SI	SI	SI	SI	NO	SI	NO	SI	SI	SI	SI	Ornela	
13	06/20	SI	SI	SI	SI	NO	SI	NO	SI	SI	SI	SI	Patricia	
13	06/20	SI	SI	SI	SI	NO	SI	NO	SI	SI	SI	SI	Patricia	
14	06/20	SI	SI	SI	SI	NO	SI	NO	SI	SI	SI	SI	Julien	
14	06/20	SI	SI	SI	SI	NO	SI	NO	SI	SI	SI	SI	Karim	
14	06/20	SI	SI	SI	SI	NO	SI	NO	SI	SI	SI	SI	Gea	
14	06/20	SI	SI	SI	SI	NO	SI	NO	SI	SI	SI	SI	Rancho	
14	06/20	SI	SI	SI	SI	NO	SI	NO	SI	SI	SI	SI	Stefano	
14	06/20	SI	SI	SI	SI	NO	SI	NO	SI	SI	SI	SI	Stefano	

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.



Código: SST-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					
08	Oct	2010	José Karine Herrera	5to Piso	KN-95	1	KARINE
08	Oct	2010	Enio Ocampo	5to Piso	N-95	1	Enio Ocampo
08	10	2010	Abelardo Paredes	8to Piso	N-95	1	Abelardo Paredes
09	10	2010	Enrique de la Hoz	5to Piso	N-95	1	Enrique de la Hoz
9	10	2010	Yael Caceres	5 PISO	N95	1	Yael Caceres
9	10	2010	Yael Caceres	5 PISO	N95	1	Yael Caceres
9	10	2010	Yael Caceres	5to Piso	N95	1	Yael Caceres
10	10	2010	Orta Uribe	5to Piso	N 95	1	Orta Uribe
10	10	2010	Orta Uribe	5to Piso	N 95	1	Orta Uribe
10	10	2010	Yael Caceres	5 PISO	N95	1	Yael Caceres
11	10	2010	Yael Caceres	5 PISO	N95	1	Yael Caceres
11	10	2010	Yael Caceres	5 PISO	N95	1	Yael Caceres
11	10	2010	Yael Caceres	5 PISO	N95	1	Yael Caceres
12	10	2010	Yael Caceres	5 PISO	N95	1	Yael Caceres

**CLINICA NUESTRA SEÑORA DE LOS REMEDIOS**

Laboratorio Clínico


Cali - Colombia

09210169

Historia: 1059445971
Paciente: CUERO MORAN PAOLA
Identificación: 1059445971
Médico :
Habitación: CAMA 13

Orden No.: 202009210169
Fecha y Hora de ingreso 2020-09-21 12:37
Fecha de impresión: 2020-09-21 14:37
Servicio: URGENCIAS
Convenio ASMESALUD

Examen	Resultado	Unidades	Valores de referencia
	ESPECIALES		


MARIA ELENA GASCA
Bacterióloga
Reg.: 11738