

GCL 2.1 PREVENCIÓN DE EVENTOS ADVERSOS (EA) ASOCIADOS A PROCESOS QUIRÚRGICOS

Record ID

NOMBRE EVALUADOR

FECHA REALIZACIÓN DE PAUTA

SELECCIONAR SERVICIO

- ☐ Pabellón
☐ Pabellón Angiografía

NUMERO DE FICHA PACIENTE

CRITERIO DE EVALUACIÓN

Existe número de ficha ☐ Sí ☐ No

Se encuentra lista de chequeo en ficha clínica ☐ Sí ☐ No

Compleitud de los datos solicitados en la Lista de chequeo ☐ Sí ☐ No

CUMPLE PAUTA
1 = SI CUMPLE
0 = NO CUMPLE

Observación