SERVICIOS DE SALUD DE VERACRUZ

LISTA DE EVALUACIÓN MENSUAL DE LAS ACCIONES ESENCIALES PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE PARA UNIDADES HOSPITALARIAS

NOMBRE DE LA UNIDAD HOSPITALARIA:_____

Responda con el símbolo "✓" en cada casillero en caso de respuesta correcta, y responda con el símbolo "✗" en cada casillero en caso de respuesta incorrecta.

Acción Esencial 1: Identificación correcta de los pacientes.		**Servicio:**											
		Hospitalización (Cirugía, Medicina Interna, Pediatría, Ginecología, UCI).	**Consulta Externa (Cirugía, Pediatría, Ginecología, Medicina Interna).**	**Urgencias.**	**Tococirugía.**	**Quirófano.**	**Farmacia.**	**Laboratorio.**	**Banco de Sangre.**	**Anatomía patológica.**	**Imagenología.**	**Estomatología.**	**Trabajo Social.**
		Fecha:	**Fecha:**	**Fecha:**	**Fecha:**	**Fecha:**	**Fecha:**	**Fecha:**	**Fecha:**	**Fecha:**	**Fecha:**	**Fecha:**	**Fecha:**
1A De la identificación general del paciente.	1. Se realiza la identificación correcta del paciente utilizando al menos dos identificadores (**nombre completo y fecha de nacimiento**) en todos los documentos que se generen durante el proceso de atención, considerando todas las posibles variantes: a) Paciente desconocido. b) Pacientes con alteración del estado de conciencia. c) Recién nacidos. d) Productos de embarazos múltiples.												
	2. Los dos identificadores se confirman con el paciente, familiar, cuidador o acompañante.												
	3. Se informa al paciente, familiar, cuidador o acompañante la importancia sobre el proceso de identificación.												
1B De la estandarización en pacientes encamados/ hospitalizados.	1. Se cuenta con tarjeta de cabecera o a pie de cama con los dos datos de identificación (nombre completo y fecha de nacimiento).												
	2. Cuenta con brazalete o pulsera con los dos datos de identificación (nombre completo y fecha de nacimiento).												
	3. La persona recién nacida cuenta con dos brazaletes, una en la muñeca derecha y otra en el tobillo izquierdo, con los datos de identificación de la madre (apellidos), la fecha de nacimiento y sexo del recién nacido.												
1C De la identificación del paciente previo a los momentos críticos de la atención.	1. Se realiza la identificación del paciente **justo antes** de los siguientes momentos críticos: a) Administración de todo tipo de medicamentos. b) Administración de infusiones intravenosas con fin profiláctico, diagnóstico o terapéutico. c) Transfusión de sangre y hemocomponentes. d) Realizar procedimientos médicos o quirúrgicos. e) Realización de estudios de gabinete, laboratorio clínico y patología. f) Traslados dentro o fuera de la Unidad. g) Dotación de dietas. h) Inicio de la terapia de remplazo renal con hemodiálisis. i) Aplicación de biológicos. j) Realización de cualquier otro procedimiento o tratamiento invasivo de alto riesgo. k) Cualquier procedimiento a pacientes que sean menores de edad. l) Cadáveres.												
1D De la identificación de soluciones intravenosas y dispositivos utilizados en el paciente.	1. Se registran los datos de identificación de pacientes en membretes de las soluciones intravenosas.												
	2. Se registran los datos de identificación de pacientes en membretes de sondas y catéteres.												
1E De la identificación en estudios de imagenología físicos o digitales, laboratorio clínico y patología.	1. Las solicitudes cuentan con los datos de identificación del paciente.												
	2. Las placas radiográficas cuentan con los datos de identificación del paciente.												
	3. Se verifica que coincidan los datos de las solicitudes con los datos del recipiente de muestras biológicas.												
1F De la identificación de piezas anatómicas y cadáveres.	1. Se identifican las piezas anatómicas con los dos identificadores.												
	2. Se identifican los cadáveres con los dos identificadores.												

Acción Esencial 2: Comunicación Efectiva.		**Servicio:**											
		Hospitalización (Cirugía, Medicina Interna, Pediatría, Ginecología, UCI).	**Consulta Externa (Cirugía, Pediatría, Ginecología, Medicina Interna).**	**Urgencias.**	**Tococirugía.**	**Quirófano.**	**Farmacia.**	**Laboratorio.**	**Banco de Sangre.**	**Anatomía patológica.**	**Imagenología.**	**Estomatología.**	**Trabajo Social.**
		Fecha:	**Fecha:**	**Fecha:**	**Fecha:**	**Fecha:**	**Fecha:**	**Fecha:**	**Fecha:**	**Fecha:**	**Fecha:**	**Fecha:**	**Fecha:**
2A Acciones para mejorar la comunicación entre el equipo médico.	1. El personal conoce el protocolo Escuchar-Escribir-Leer-Confirmar, para recibir órdenes/indicaciones clínicas o resultados de laboratorio o gabinete, verbales o telefónicas.												
2B1 Del proceso de escuchar-escribir-leer-confirmar.	1. El personal que recibe indicaciones verbales o telefónicas anota dicha información en el formato o documento del expediente clínico.												
2B2 De la emisión y recepción de las órdenes verbales y/o telefónicas en urgencias y servicios críticos con el proceso de escuchar-repetir y confirmar.	1. El personal conoce el protocolo Escuchar-Repetir-Confirmar, para recibir órdenes/indicaciones clínicas o resultados de laboratorio o gabinete, verbales o telefónicas en el Área de Urgencias.												
	2. La información se transcribe en el expediente clínico y es firmada por el médico responsable.												
2C De la comunicación durante la trasferencia de pacientes.	1. El personal realiza entrega clara, precisa, completa y oportuna de la información del paciente durante las transiciones; ya sea en cambio de turno y guardia, o cambios de área, servicio o de establecimiento utilizando la técnica SAER (Situación, Antecedentes, Evaluación y Recomendación).												
2D De las prescripciones médicas y de las anotaciones en documentos.	1. Las anotaciones en documentos que forman parte del expediente clínico del paciente, como las indicaciones médicas, o cualquier documento relacionado con la atención del paciente se encuentran con letra legible, claras y sin abreviaciones.												
2E De la notificación de valores críticos de laboratorio, patología y estudios de gabinete.	1. Los responsables del laboratorio, patología o gabinete notifican de manera inmediata al personal clínico responsable del paciente, utilizando el protocolo escuchar-escribir-leer y confirmar.												
	2. Se registra en el Expediente Clínico, la notificación de valores críticos.												

SERVICIOS DE SALUD DE VERACRUZ
LISTA DE EVALUACIÓN MENSUAL DE LAS ACCIONES ESENCIALES PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE PARA UNIDADES HOSPITALARIAS

2F De la referencia y/o contra referencia del paciente.	1. La referencia / contrarreferencia cuenta con: a) Datos de identificación del paciente (nombre completo y fecha de nacimiento). b) Resumen clínico. c) Datos de identificación del establecimiento que envía y del establecimiento receptor. d) Fecha y hora que fue referido y en la que se recibió el paciente. e) Nombre completo y firma de quien lo envía y de quien lo recibe.												
	2. Se cuenta con un directorio de Unidades para referir a los pacientes.												
2G Del egreso del paciente.	1. El formato del egreso del paciente cuenta con: a) Datos de identificación del paciente. b) Fecha de ingreso/egreso. c) Motivo del egreso. d) Diagnósticos finales. e) Resumen de la evolución y el estado actual. f) Manejo durante la estancia hospitalaria, incluyendo la medicación relevante administrada durante el proceso de atención. g) Problemas clínicos pendientes. h) Plan de manejo y tratamiento. i) Recomendaciones para la vigilancia ambulatoria. j) Atención de factores de riesgo. k) Pronóstico.												
Acción Esencial 3: Seguridad en el proceso de medicación.		**Servicio:**											
		Hospitalización (Cirugía, Medicina Interna, Pediatría, Ginecología, UCI).	**Consulta Externa (Cirugía, Pediatría, Ginecología, Medicina Interna).**	**Urgencias.**	**Tococirugía.**	**Quirófano.**	**Farmacia.**	**Laboratorio.**	**Banco de Sangre.**	**Anatomía patológica.**	**Imagenología.**	**Estomatología.**	**Trabajo Social.**
		Fecha:	**Fecha:**	**Fecha:**	**Fecha:**	**Fecha:**	**Fecha:**	**Fecha:**	**Fecha:**	**Fecha:**	**Fecha:**	**Fecha:**	**Fecha:**
3A De la adquisición electrólitos concentrados.	1. El personal conoce la ubicación y resguardo de los electrólitos concentrados.												
3B Del almacenamiento de medicamentos.	1. Los medicamentos y electrólitos concentrados son almacenados en un lugar seguro y se lleva a cabo control de lotes y fechas de caducidad.												
	2. Se identifican los medicamentos de alto riesgo con una alerta visual de color rojo.												
	3. Se identifican los medicamentos LASA de color azul.												
	4. Se realiza el registro de la utilización de medicamentos anestésicos en la farmacia hospitalaria.												
3C De la prescripción.	1. La prescripción de medicamentos se anota en el expediente clínico y en la receta médica, con letra clara, legible, sin abreviaturas, enmendaduras, ni tachaduras.												
	2. La receta y las indicaciones médicas contienen los siguientes datos: a) Nombre y domicilio de la Unidad de forma impresa. b) Nombre completo, número de cédula profesional y firma autógrafa de quien prescribe. c) Fecha de elaboración. d) Nombre completo del paciente. e) Nombre genérico del medicamento. f) Dosis y presentación farmacéutica del medicamento. g) Frecuencia y vía de administración. h) Duración del tratamiento.												
	3. Las solicitudes de Nutrición Parenteral Total (NPT), tienen que contar por lo menos con los siguientes datos: a) Nombre completo del paciente y fecha de nacimiento. b) Peso del paciente. c) Número de expediente. d) Servicio que solicita. e) Fecha y hora de solicitud. f) Componentes de la mezcla. g) Glucosa kilo minuto. h) Concentración de la mezcla. i) Calorías Totales. j) Kilocalorías. k) Nombre del médico solicitante. l) Cédula profesional de quien la solicita.												
3D Los medicamentos con aspecto o nombre parecido (LASA) y los medicamentos de alto riesgo.	1. En la prescripción de medicamentos de alto riesgo y medicamentos LASA, cuentan con alerta visuales y se utilizan diferentes recursos tipográficos, con la finalidad de que se haga evidente la diferencia entre ellos.												
3E de la Transcripción.	1. El Personal de Salud que realiza transcripción en otros documentos, lo hará sin modificar la prescripción original, conservando las barreras de seguridad de la prescripción.												
3F De la Dispensación.	1. Se verifica la solicitud de medicamentos, antes de entregarlos.												
	2. El medicamento que se utiliza en la atención a pacientes contienen lo siguiente: a) Fecha de caducidad y lote. b) Estar registrado en el control de inventario de la farmacia hospitalaria.												
3G De la recepción de medicamentos.	1. Se verifica que los medicamentos correspondan a los prescritos por el Personal Médico.												
	2. Se rotula el medicamento, con los dos datos de identificación del paciente (nombre completo y fecha de nacimiento).												
3H de la preparación.	1. La preparación de los medicamentos se realiza con equipo de protección personal, en un ambiente estéril.												
	2. Se cuenta con el equipo y los suministros adecuados para la preparación de los medicamentos.												
	3. El personal que prepara medicamentos cuenta con capacitación en técnicas asépticas para la preparación de los mismos.												

SERVICIOS DE SALUD DE VERACRUZ
LISTA DE EVALUACIÓN MENSUAL DE LAS ACCIONES ESENCIALES PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE PARA UNIDADES HOSPITALARIAS

3H de la preparación.	4. La preparación segura de medicamentos incluye, al menos, la verificación de lo siguiente: a) Paciente correcto, verificando los dos datos de identificación (nombre completo y fecha de nacimiento). b) Medicamento correcto, identificando siempre el medicamento al retirarlo de la zona de almacenamiento y verificar el nombre del medicamento con las indicaciones del expediente clínico del paciente y con la hoja de enfermería o receta. c) Dosis correcta, comprobar en los registros del expediente y en la hoja de enfermería la dosis prescrita. d) Vía correcta, confirmar la vía de administración del medicamento indicada en la etiqueta, expediente clínico y la hoja de enfermería o receta. e) Horario correcto, confirmar en el expediente clínico y en la hoja de enfermería los intervalos indicados para la administración del medicamento.												
	5. Se etiquetan los medicamentos inmediatamente después de su preparación con los siguientes datos: a) Datos de identificación del paciente (nombre completo y fecha de nacimiento). b) Nombre del medicamento. c) Dosis. d) Concentración, si corresponde. e) Vía. f) Dilución, si corresponde. g) Fecha/ hora de preparación y caducidad una vez preparado, si corresponde.												
3I De la administración.	1. Los electrólitos concentrados, insulinas o anticoagulantes parenterales **se preparan justo antes** de su administración.												
	2. El Personal de Salud antes de la administración de algún medicamento o hemocomponente, corrobora, con el paciente, cuidador o acompañante, si tiene alergias y verifica los datos de identificación del paciente.												
	3. El Personal de Salud que administra los medicamentos verifica lo siguiente: a) Paciente correcto. b) Medicamento correcto. c) Dosis correcta. d) Vía correcta. e) Velocidad de infusión correcta. f) Horario correcto. g) Caducidad correcta una vez preparado, si corresponde. h) Registro correcto de los medicamentos, inmediatamente después de su administración.												
	4. Los medicamentos que por indicación médica se suspenda su administración, se entregan a la farmacia o bien realizan el protocolo que cada EAM defina de acuerdo con lo estipulado por la Farmacopea de los Estados Unidos Mexicanos.												
	5. Cuando omite administrar un medicamento, lo registra en la hoja de enfermería, y señala las causas por las que no se administró.												
	6. Se utiliza un frasco nuevo por paciente en el caso de medicamentos anestésicos opioides y anestésicos locales intratecales y epidurales, y garantiza también las condiciones de esterilidad al momento de administrarlos.												
3J Doble verificación para anestésicos y medicamentos de alto riesgo.	1. Se realiza la doble verificación por dos personas competentes, durante la preparación y administración de anestésicos, opioides y medicamentos de alto riesgo: electrolitos concentrados, insulinas, anticoagulantes vía parenteral, citotóxicos y radiofármacos.												
3K De la notificación inmediata de los eventos centinela, eventos adversos y cuasifallas relacionados con la medicación.	1. Cuando se presenta un evento adverso por medicamentos o hemocomponentes, **se da prioridad a la estabilización del paciente** y a la notificación de forma inmediata al médico tratante.												
	2. Realiza el análisis causa-raíz de todos los eventos centinela relacionados con la administración de medicamentos y hemocomponentes.												
3L Del control de todos los medicamentos, equipos, dispositivos e insumos.	1. El personal conoce el protocolo para inactivación y/o destino final de los medicamentos que no son utilizados.												
	2. El personal realiza el uso por primeras caducidades primeras salidas y posteriormente primeras entradas primeras salidas (PCPS-PEPS).												
	3.El personal evita el trasvase (acción y resultado de trasladar un líquido de un recipiente a otro) de medicamentos o sustancias que se pretenda administrar al paciente por cualquier vía.												
	4. Para medicamentos y vacunas multidosis, se coloca la fecha y hora de apertura y caducidad.												
Acción Esencial 4: Seguridad en los procedimientos.		**Hospitalización (Cirugía, Medicina Interna, Pediatría, Ginecología, UCI).**	**Consulta Externa (Cirugía, Pediatría, Ginecología, Medicina Interna).**	**Urgencias.**	**Tococirugía.**	**Quirófano.**	**Farmacia.**	**Laboratorio.**	**Banco de Sangre.**	**Anatomía patológica.**	**Imagenología.**	**Estomatología.**	**Trabajo Social.**
		Fecha:	**Fecha:**	**Fecha:**	**Fecha:**	**Fecha:**	**Fecha:**	**Fecha:**	**Fecha:**	**Fecha:**	**Fecha:**	**Fecha:**	**Fecha:**
4A1 Del marcado del sitio quirúrgico.	1. Se realiza el marcado del sitio quirúrgico, sobre la piel del paciente y de manera que permanezca después de la asepsia y antisepsia, o en su caso, se realiza marcaje documentado.												
	2. En el marcaje, se involucra la participación del paciente y/o en presencia del familiar en caso de que sea menor de edad, esté inconsciente o presente algún tipo de discapacidad.												
4A2 De la Lista de Verificación para la Seguridad de la Cirugía (LVSC).	1. Se cuenta con la **Lista de Verificación para la Seguridad de la Cirugía** (LVSC) en los pacientes a los que se realicen cualquier procedimiento quirúrgico dentro o fuera de la sala de operaciones, así como en los procedimientos invasivos y de alto riesgo.												

SERVICIOS DE SALUD DE VERACRUZ
LISTA DE EVALUACIÓN MENSUAL DE LAS ACCIONES ESENCIALES PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE PARA UNIDADES HOSPITALARIAS

4A2 De la Lista de Verificación para la Seguridad de la Cirugía (LVSC).	2. Se realiza el proceso de verificación pre-procedimiento por lo menos con lo siguiente: a) Identificación del Paciente. b) El procedimiento correcto. c) La disponibilidad de todos los documentos y estudios relevantes, los cuales deben contar con los datos de identificación del paciente. d) La presencia y funcionamiento adecuado de todos los equipos y/o implantes especiales necesarios. f) Marcado del sitio anatómico, si corresponde. g) Alergias. h) Riesgo de sangrado, si corresponde. i) Filtro correcto y la identificación del acceso vascular, en el caso de hemodiálisis.												
	3. Se realiza el **Tiempo fuera** verificando lo siguiente: a) El paciente correcto (acorde a los datos de identificación de la MISP.1). b) El procedimiento correcto. c) Marcado del sitio anatómico, si corresponde. d) Posición del paciente.												
	4. El equipo quirúrgico conoce las fases de la Lista de Verificación para la Seguridad de la Cirugía (LVSC).												
	5. La LVSC se encuentra correctamente requisitada.												
4B Del Tiempo Fuera para procedimientos fuera de quirófano.	1. Se realiza el **Tiempo fuera** en los siguientes procedimientos: -Transfusión de sangre y hemocomponentes. -Radioterapia. -Hemodiálisis. -Toma de Biopsias. -Procedimientos Odontológicos. -Colocación/retiro de dispositivos. -Estudios de gabinete que requieren medios de contraste. -Terapia electroconvulsiva. -Colocación y manejo de accesos vasculares.												
4C Insumos reutilizables.	1. La reutilización de insumos es acorde a las instrucciones del fabricante, sea el caso.												

Acción Esencial 5: Reducción del riesgo de Infecciones Asociadas a la Atención de la Salud (IAAS).		**Servicio:**											
		Hospitalización (Cirugía, Medicina Interna, Pediatría, Ginecología, UCI).	**Consulta Externa (Cirugía, Pediatría, Ginecología, Medicina Interna).**	**Urgencias.**	**Tococirugía.**	**Quirófano.**	**Farmacia.**	**Laboratorio.**	**Banco de Sangre.**	**Anatomía patológica.**	**Imagenología.**	**Estomatología.**	**Trabajo Social.**
		Fecha:	**Fecha:**	**Fecha:**	**Fecha:**	**Fecha:**	**Fecha:**	**Fecha:**	**Fecha:**	**Fecha:**	**Fecha:**	**Fecha:**	**Fecha:**
5A De las acciones generales del Establecimiento de Atención Médica (EAM) para reducir el riesgo de adquirir Infecciones Asociadas a la Atención de la Salud (IAAS).	1. Se realiza el monitoreo de la calidad del agua (Medición del Cloro residual del agua acorde a la legislación aplicable vigente).												
	2. Se cuenta con el abasto de insumos necesarios para la Higiene de Manos.												
	3. Se cuenta con módulos para la Higiene de Manos en buenas condiciones y en cantidad suficiente acorde a las actividades que se realizan.												
	4. El personal realiza la técnica correcta de la higiene o desinfección de manos.												
	5. El personal conoce los 5 momentos para la Higiene de Manos.												
5B Programa Integral de Higiene de Manos.	1. Los módulos para la Higiene de Manos cuentan con el Cartel de la Técnica de lavado o desinfección.												
	2. Los módulos para la Higiene de Manos cuentan con el Cartel de los 5 momentos acorde al servicio.												
	3. El personal que labora en el área ha sido capacitado en la Técnica para la Higiene de Manos.												
	4. Se realiza capacitación a pacientes, familiares y visitantes, sobre la Técnica de Higiene de Manos.												

Acción Esencial 6: Reducción del riesgo daño al paciente por causa de caídas.		**Servicio:**											
		Hospitalización (Cirugía, Medicina Interna, Pediatría, Ginecología, UCI).	**Consulta Externa (Cirugía, Pediatría, Ginecología, Medicina Interna).**	**Urgencias.**	**Tococirugía.**	**Quirófano.**	**Farmacia.**	**Laboratorio.**	**Banco de Sangre.**	**Anatomía patológica.**	**Imagenología.**	**Estomatología.**	**Trabajo Social.**
		Fecha:	**Fecha:**	**Fecha:**	**Fecha:**	**Fecha:**	**Fecha:**	**Fecha:**	**Fecha:**	**Fecha:**	**Fecha:**	**Fecha:**	**Fecha:**
6A De la evaluación y reevaluación del riesgo de caídas.	1. Se evalúa el riesgo de caídas en todos los pacientes que acudan a solicitar atención médica, ya sea para recibir atención de urgencia o para realizarse un procedimiento o un tratamiento, utilizando un instrumento o herramienta validada.												
	2. Se reevalúa el riesgo de caídas a los pacientes en: a) Cada cambio de turno. b) Cambio de área o servicio. c) Cambio en el estado de salud. d) Cambio o modificación del tratamiento farmacológico.												
	4. Se registra en el Expediente Clínico, cuando así corresponda.												
6B De las acciones de seguridad para prevención de caídas.	1. Los barandales de las camas, camillas y de los descansabrazos y descansa pies de las sillas de ruedas, funcionan correctamente.												
	2. En los pacientes que se encuentren en cama o camilla, se encuentran levantados los barandales.												
	3. Se brinda información al paciente, familiar, cuidador o acompañante sobre el riesgo de caída y las medidas de seguridad que se aplican para prevenirla, entre ellas, debe tener los barandales en posición elevada y los frenos colocados, así como solicitar la ayuda del personal para la movilización del paciente.												
	4. Se traslada al paciente en camilla con barandales en posición elevada o en sillas de ruedas, ambos con frenos funcionales.												
	5. En el caso de traslado de un menor fuera de la cuna, se acompaña del Personal de Salud, un familiar, cuidador o acompañante.												
	6. El paciente acude acompañado al baño, de acuerdo con la condición clínica y su edad.												
	7. Se realiza la sujeción del paciente en caso de ser necesario y de acuerdo con el protocolo establecido.												

SERVICIOS DE SALUD DE VERACRUZ
LISTA DE EVALUACIÓN MENSUAL DE LAS ACCIONES ESENCIALES PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE PARA UNIDADES HOSPITALARIAS

6B De las acciones de seguridad para prevención de caídas.	8. Se identifica el riesgo de caídas en la tarjeta de cabecera o a pie de cama u otros medios que permitan la identificación del riesgo durante los traslados.												
	9. Se acerca al paciente los aditamentos de ayuda como bastones, andadera, silla de ruedas y lentes, entre otros.												
	10.Se cuenta con interruptor de timbre y de luz al alcance del paciente.												
	11. Se cuenta con iluminación nocturna dentro de la habitación del paciente.												
	12. Se mantienen las puertas abiertas de la habitación, sin cortinas que impidan su vigilancia.												
	13. Se cuenta con banco de altura para uso inmediato cerca de la cama del paciente.												
	14. Esta colocada en la regadera una silla de baño para el paciente, en caso de ser necesario.												
	15. El personal evita realizar cambios bruscos de postura y/o incorporar al paciente de forma rápida sobre todo si ha permanecido mucho tiempo postrado.												
	16. Se explica al paciente y familiar, cuidador o acompañante, el proceso de incorporación desde la posición en decúbito o sentado.												
	17. Se informa al familiar, cuidador o acompañante que para movilizar al paciente requiere la ayuda de un miembro del equipo de salud o de otro familiar, cuidador o acompañante.												
	18. Se informa al familiar, cuidador o acompañante que no se separen de su paciente y en su caso, si requieren separarse tiene que avisar al Personal de Enfermería.												
	19. Se notifican inmediatamente las fallas, descomposturas o falta de equipo que se encuentre relacionado con la seguridad del paciente.												
	20. Se solicita el retiro de equipo o mobiliario que no esté en uso en la habitación.												
	21.En caso de caída de paciente, se realiza el seguimiento clínico del paciente durante su estancia hospitalaria, hasta su egreso.												
	22. Se registra y se reporta toda caída de paciente, en la plataforma de eventos adversos.												
6C De las acciones de la organización.	1. El área de baños y regaderas cuentan con barras de sujeción.												
	2. El área de regaderas cuentan con piso y tapetes antiderrapantes.												
	3. Existen señalamientos sobre rutas de evacuación, presencia de escaleras y rampas o desniveles en el suelo.												
	4. Identifica que no se cuente con escalones a la entrada o salida del baño.												
	5. En las escaleras o rampas cuentan con material antiderrapante y barandales.												
	6. Las escaleras cuentan con escalones a la misma altura.												
	7. El área de tránsito está libre de obstáculos que dificulten o impidan la circulación del personal y pacientes, tanto caminando como en silla de ruedas y camillas.												
	8. El mobiliario como el buró, banco de altura, sillón, camillas, sillas de ruedas, entre otros, y los cables en general están colocados en el lugar asignados para estos.												
	9. Los dispositivos específicos para la deambulación, como bastones, muletas y andaderas cuentan con las gomas en los puntos de apoyo.												
	10. Todas las áreas de atención al paciente y la central de enfermeras cuentan con adecuada iluminación.												
	11. El Personal de Limpieza mantienen los pisos secos y coloca señalizaciones cuando el suelo esté mojado.												
Acción Esencial 7: Prevención, notificación, registro y análisis de cuasifallas, eventos adversos y centinela.		**Servicio:**											
		Hospitalización (Cirugía, Medicina Interna, Pediatría, Ginecología, UCI).	**Consulta Externa (Cirugía, Pediatría, Ginecología, Medicina Interna).**	**Urgencias.**	**Tococirugía.**	**Quirófano.**	**Farmacia.**	**Laboratorio.**	**Banco de Sangre.**	**Anatomía patológica.**	**Imagenología.**	**Estomatología.**	**Trabajo Social.**
		Fecha:	**Fecha:**	**Fecha:**	**Fecha:**	**Fecha:**	**Fecha:**	**Fecha:**	**Fecha:**	**Fecha:**	**Fecha:**	**Fecha:**	**Fecha:**
7A Registro y Análisis de Cuasifallas y Eventos Adversos.	1. Se utiliza el Sistema Registro de Eventos Adversos (SREA) de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud (DGCES).												
	2. El registro de eventos adversos se realiza inmediatamente cuando ocurre el evento adverso o tan pronto cuando sean identificados, priorizando la atención del paciente.												
	3. El registro de eventos adversos, es aprobado por el Comité de Calidad y Seguridad del Paciente (COCASEP) o equivalentes.												
	4. Se reporta al servicio de Inmunizaciones **durante las primeras 24 horas** las cuasifallas y eventos adversos derivados del proceso de vacunación, así como los Eventos supuestamente atribuibles a la Vacunación e Inmunización.												

SERVICIOS DE SALUD DE VERACRUZ
LISTA DE EVALUACIÓN MENSUAL DE LAS ACCIONES ESENCIALES PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE PARA UNIDADES HOSPITALARIAS

7B Registro y análisis de eventos centinela.	1. Al menos se tiene registro, reporte y análisis de lo siguiente: a) Muerte imprevista no relacionada con el curso natural de la enfermedad o el problema subyacente del paciente. b) Pérdida temporal o permanente de una función no relacionada con el curso natural de la enfermedad, el problema subyacente del paciente o como resultado de una intervención. c) Cirugía en el lugar incorrecto, con el procedimiento incorrecto o al paciente equivocado. d) Muerte materna. e) Transmisión de una enfermedad o afección crónica como resultado de una transfusión de sangre, hemocomponentes o trasplante de órganos o tejidos. f) Suicidio. g) Violencia sexual, maltrato u homicidio de cualquier paciente. h) Entrega de menor de edad equivocado a familiar, cuidador, acompañante o representante legal. i) Entrega de cadáver equivocado a familiar, cuidador, acompañante o representante legal.												
	2. En todos los eventos centinela se realizan los análisis causa-raíz en un período no mayor a 45 días.												
7C Recopilación, análisis y comunicación de datos.	1. Los resultados del registro de cuasifallas, eventos adversos y centinela se presentan en el COCASEP e o equivalente, con el fin de establecer las acciones de mejora.												
	2. El COCASEP monitorea las estrategias de mejora definidas a partir de los resultados analizados y realizan la retroalimentación periódica a los directivos, responsables de área y personal involucrado.												
Acción Esencial 8: Cultura de Seguridad del Paciente para la mejora de la calidad en la atención.		**Servicio:**											
		Hospitalización (Cirugía, Medicina Interna, Pediatría, Ginecología, UCI).	**Consulta Externa (Cirugía, Pediatría, Ginecología, Medicina Interna).**	**Urgencias.**	**Tococirugía.**	**Quirófano.**	**Farmacia.**	**Laboratorio.**	**Banco de Sangre.**	**Anatomía patológica.**	**Imagenología.**	**Estomatología.**	**Trabajo Social.**
		Fecha:	**Fecha:**	**Fecha:**	**Fecha:**	**Fecha:**	**Fecha:**	**Fecha:**	**Fecha:**	**Fecha:**	**Fecha:**	**Fecha:**	**Fecha:**
8A Acciones para medir la cultura de seguridad del paciente.	1. La medición de la Cultura de Seguridad del Paciente se realiza en la plataforma informática de la DGCES.												
	2. Realiza anualmente, la medición de la Cultura de Seguridad del Paciente y de manera anónima el personal de todos los turnos del EAM.												
	3. Los resultados de la medición se presentan en el COCASEP, para identificar patrones y tendencias y para el diseño e implementación de acciones de mejora.												

OBSERVACIONES:

NOMBRE Y FIRMA DE QUIEN REALIZÓ LA EVALUACIÓN: _____