



servei

SOCIEDAD ESPAÑOLA
DE RADIOLOGÍA
VASCULAR
E INTERVENCIONISTA

SECRETARÍA TÉCNICA

C/ Alcalá 135, 1ª planta, 28009 Madrid
+34 976 75 75 81 | secretaria.tecnica@servei.org
www.servei.org

LISTADO DE COMPROBACIÓN DE SEGURIDAD

Médico Intervencionista:

Residente / Fellow:

Enfermero:

Técnico:

Procedimiento:

Fecha:

Nombre de paciente o etiqueta:

Nombre:

Apellido:

Fecha de nacimiento (FN):

Servicio de procedencia:

CHECKLIST	SI	NO	Observaciones
Nombre del paciente revisado			
FN y número de historia revisados			

COMPROBACIÓN DE HISTORIA CLÍNICA			
Alergias/Asma			
Diabetes			
Patología cardíaca (HTA, IAM previo)			
Insuficiencia renal (Creatinina, FG)			
Anticoagulantes/Antiagregantes			
INR/Plaquetas/PTT/Hb/Htco			
Embarazo			
COMPROBACIÓN DEL PROCEDIMIENTO			
Obtención de CI			
Lado de intervención (derecha/izquierda)			
Revisión de estudios de imagen previos			
Verificación de ayuno apropiado			
Acceso venoso			
Sedantes/Analgésicos administrados			
Antibióticos administrados			
FC, PA, Saturación de oxígeno			
COMPROBACIÓN POST-PROCEDIMIENTO			
Volumen total de contraste empleado			
Tiempo de escopia/dosis			
Informado el personal de planta			
Paciente recibe instrucciones post procedimiento			
Biopsia/Muestras identificadas			
Resultado de la intervención explicado a médico ordenante			