

| ANTES DE LA INDUCCIÓN ANESTÉSICA | | ANTES DEL TRASLADO AL ÁREA QUIRÚRGICA | | ANTES DE LA INCISIÓN EN PIEL | | ANTES QUE EL PACIENTE ABANDONE EL QUIRÓFANO | |
|----------------------------------|---|--|---|------------------------------|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> | paciente correcto presentado (y el collar de identificación coincide con el paciente) | <input type="checkbox"/> | Preparación de la piel concluida | <input type="checkbox"/> | Todos los miembros del equipo han sido presentados | <input type="checkbox"/> | Finalización del recuento de instrumentos, hisopos/esponjas y agujas |
| <input type="checkbox"/> | Análisis de sangre preoperatorio visto y aprobado (iniciales ok) | <input type="checkbox"/> | Vejiga vacía | <input type="checkbox"/> | Confirme que la información del collar de identificación de la mascota coincide con el paciente que corresponde | <input type="checkbox"/> | Calcular la pérdida de sangre y registrar |
| <input type="checkbox"/> | Formulario de consentimiento firmado y procedimiento/s claramente indicados | <input type="checkbox"/> | Cordón colocado y etiqueta del paciente en la cabeza. Fluidos/CR1 listos | <input type="checkbox"/> | Confirmar el sitio de la incisión | <input type="checkbox"/> | ¿Se ha removido el purse string (si corresponde)? |
| <input type="checkbox"/> | Plan de anestesia acordado | <input type="checkbox"/> | Se informa al personal de limpieza que el paciente está a punto de trasladarse al quirófano | <input type="checkbox"/> | Confirmar procedimiento/s? ¿Se ha administrado profilaxis antibiótica y es adecuada? | <input type="checkbox"/> | Persona que tiñe los tejidos identificada |
| <input type="checkbox"/> | Medicación actual confirmada | <input type="checkbox"/> | Placa de tierra monopolar colocada | <input type="checkbox"/> | ¿Están enumerados los pasos críticos del procedimiento? | <input type="checkbox"/> | Muestras teñidas y etiquetadas, incluido el nombre y el historial proporcionados |
| <input type="checkbox"/> | Alergias presentes conocidas | <input type="checkbox"/> | ¿Está encendida la unidad de calentamiento? | <input type="checkbox"/> | Cualquier inquietud específica (anestesia) | <input type="checkbox"/> | Persona que llama al propietario identificada |
| <input type="checkbox"/> | Quirófano listo | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | Cualquier inquietud específica (cirujano) | <input type="checkbox"/> | Registro anestésico completado |
| <input type="checkbox"/> | Revisión de la máquina de anestesia completada | <p style="text-align: center;">POR FAVOR MARQUE EL ÁREA A DEPILAR</p>  | | <input type="checkbox"/> | ¿Se registra la duración esperada del procedimiento? | <input type="checkbox"/> | Hoja de precios de cirugía y anestesia completada |
| <input type="checkbox"/> | Riesgo de vía aérea difícil o aspiración y equipo/asistencia disponible | | | <input type="checkbox"/> | ¿Cuál es la pérdida de sangre prevista? | <input type="checkbox"/> | Hoja de sala actualizada y entrega de sala completadas |
| <input type="checkbox"/> | Se registra riesgo de hemorragia moderada-grave | | | <input type="checkbox"/> | Confirme que los miembros del equipo sepan dónde se almacenan los productos sanguíneos de este paciente | <input type="checkbox"/> | Órdenes de medicación y seguimiento completadas |
| <input type="checkbox"/> | Tipo de sangre conocido | | | <input type="checkbox"/> | ¿Están claros los roles de los miembros del equipo quirúrgico? | <input type="checkbox"/> | Problemas respiratorios leves/moderados/graves |
| <input type="checkbox"/> | Productos sanguíneos localizados y disponibles | | | <input type="checkbox"/> | ¿Se contaron los hisopos/esponjas? | <input type="checkbox"/> | El dolor previsto es leve/moderado/severo |
| <input type="checkbox"/> | Calcular el volumen de sangre al 8% del peso corporal en Kg | | | <input type="checkbox"/> | ¿Se ha preparado la mesa de instrumentos y se ha confirmado la esterilidad de los instrumentos? | <input type="checkbox"/> | La hemorragia prevista es leve/moderada/grave |
| <input type="checkbox"/> | Lista de equipos revisada y disponible | | | <input type="checkbox"/> | ¿Se contaron los instrumentos? | <input type="checkbox"/> | Persona a la que llamar si hay una emergencia |
| <input type="checkbox"/> | Se conoce el área a depilar | | | <input type="checkbox"/> | ¿Está conectada la placa de tierra y el electrocauterio? | <input type="checkbox"/> | |
| <input type="checkbox"/> | El veterinario que realiza la cirugía está disponible | | | <input type="checkbox"/> | ¿Se muestran imágenes de diagnóstico esenciales? | <input type="checkbox"/> | |
| <input type="checkbox"/> | Se llama al dueño | | | <input type="checkbox"/> | ¿Hay disponibles frascos de formalina adecuados? | <input type="checkbox"/> | |