

	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN VICENTE DE PAÚL GARZÓN - HUILA NIT: 891.180.026-5	Código: D1FO1447 - 004
	LISTA DE CHEQUEO PARA DETECTAR PREVENIR Y REDUCIR IAAS	Versión: 01 Vigencia: 14/06/2022

FECHA: _____ HORA: _____
SERVICIO: _____

N°	REFERENCIA	CUMPLE (10)	NO CUMPLE (10)	N/A	OBSERVACIONES
1	Verifique la disponibilidad y conocimiento del personal a Protocolos, Guías y Manuales para la prevención de infecciones. (versión actualizada)				
2	Verifique el seguimiento a infecciones y el establecimiento de medidas preventivas y de control para el mes correspondiente, en el servicio (mes correspondiente)				
3	Se implementa y verifica la adherencia a las listas de chequeo relacionadas con las prácticas seguras: Higiene de manos (mes correspondiente)				
4	Se implementa y verifica la adherencia a las listas de chequeo relacionadas con las prácticas seguras: Acceso venoso periférico (mes correspondiente)				
5	Se implementa y verifica la adherencia a las listas de chequeo relacionadas con las prácticas seguras: Inserción de DM (mes correspondiente)				
6	Se implementa y verifica la adherencia a las listas de chequeo relacionadas con las prácticas seguras: Aislamiento hospitalario (mes correspondiente)				
7	Se implementa y verifica la adherencia a las listas de chequeo relacionadas con las prácticas seguras: Limpieza y desinfección rutinaria y terminal de áreas (mes correspondiente)				
8	El Comité de infecciones interdisciplinario, funcional se reunión en mes correspondiente garantizando el espacio para la toma de decisiones. (mes correspondiente)				
9	Segregación adecuada de residuos hospitalarios y cortopunzantes (mes correspondiente)				
10	Se educa al paciente y cuidadores sobre la prevención de infecciones (mes correspondiente)				
Total					Meta: 100%

NOTA: Diligencia la Lista de Chequeo la gestora asignada al servicio. El objetivo de la lista de chequeo es verificar la adherencia a las medidas institucionales implementadas. La meta es lograr una adherencia de las medidas implementadas del 100%.

*Realice la retroalimentación al responsable del paciente.

Nombre y Firma de Auxiliar de la Gestora.

Nombre y Firma del auxiliar de Enfermería.