

ANTES DE ANESTESIA LOCAL

ENTRADA

- El paciente ha confirmado:
- Su identidad
 - La localización quirúrgica de la lesión
 - tipo de intervención
 - consentimiento informado relleno
- Todos los miembros del gabinete dental están identificados por su nombre y función

¿Tiene el paciente:

¿Tiene alergias conocidas?
 No Sí

¿Está antiagregado / anticoagulado?

No Sí

¿Es portador de marcapasos?
 No Sí No procede

¿Tiene algún objeto metálico en contacto con la piel?.

No Sí No procede

Demarcación de la lesión (su Registro en Historia SIPAD / DIRAYA)

Sí No procede

Verificación de la seguridad anestésica

Sí No No procede

- Anticipación de sucesos críticos**

- Confirmación de la esterilidad y pertinencia del instrumental y equipos
- Verificación de la seguridad del procedimiento

Verificador: Dr./a. _____

CNP: _____

Firma: _____ Fecha: ___/___/___

ANTES DE ABANDONAR LA CONSULTA

SALIDA

- Detectar problemas o incidencias durante la intervención
- Registro Historia (SIPAD / DIRAYA) el procedimiento y la información necesaria para la continuidad de cuidados
- El paciente recibe por escrito:
- Instrucciones y recomendaciones a seguir
 - Fecha, lugar y hora para su revisión y retirada de puntos
 - Horario consulta y Teléfono de contacto.

Correcta identificación y gestión de las muestras biológicas (BIOPSIA)

Sí No procede

Nombre del centro:

CS _____

Nombre:

Apellidos:

NUHSA/Nº de historia:

Observaciones:

