



SECRETARÍA
DE SALUD - SESEQ
Coordinación de Calidad

SERVICIOS DE SALUD DEL ESTADO DE QUERETARO
COORDINACIÓN DE CALIDAD
SEGURIDAD DEL PACIENTE



Nombre del establecimiento de salud: _____ CLUES: _____

Fecha de aplicación: _____ Quien Aplica la encuesta: _____

| EVALUACIÓN SOBRE ACCIONES ESENCIALES PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE | MARQUE CON UNA "X" SEGÚN CORRESPONDA | | | |
|---|--------------------------------------|----|----|---------------|
| | SI | NO | NA | Observaciones |
| Cuenta con el Manual Operativo de Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente en el Primer nivel de Atención en Salud | | | | |
| AESP 1.- IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE | | | | |
| ¿Cuenta con un listado de momentos críticos para la identificación del paciente? | | | | |
| ¿Utiliza el personal al menos los 2 indicadores (nombre completo y fecha de nacimiento) para identificar al paciente? | | | | |
| ¿En caso de que tenga un paciente en observaciones cuenta con tarjetas de cama y estas tienen los 2 identificadores? | | | | |
| ¿Los 2 datos de identificación son correctos? | | | | |
| ¿En caso de que tenga paciente en observaciones cuenta con tarjetas para las soluciones y estas cuentan con los 2 identificadores? | | | | |
| ¿Los 2 datos de identificación son correctos? | | | | |
| ¿Cuenta con un control de entradas y salidas de insumos, medicamentos y material de curación? | | | | |
| ¿Las solicitudes de laboratorio, imagen y RX tienen los 2 identificadores? | | | | |
| ¿El personal realiza la identificación del paciente previo a la realización de procedimientos (colocación de sondas, implantes, DIU, etc.)? | | | | |
| ¿Realiza la identificación del paciente previo a la aplicación de medicamentos? | | | | |
| ¿Realiza la identificación del paciente previo a la aplicación de biológicos? | | | | |
| AESP 2.- COMUNICACIÓN EFECTIVA | | | | |
| ¿El personal identifica en que situaciones puede recibir indicaciones y/o resultados de laboratorio o gabinete de manera verbal? | | | | |
| ¿Cuenta con una bitácora para el registro de ordenes verbales o telefónicas? | | | | |
| ¿La bitácora de registro de ordenes verbales o telefónicas se encuentra en la control de enfermería? | | | | |
| ¿Se colocan los 2 datos de identificación del paciente? | | | | |

| | | | | |
|---|--|--|--|--|
| ¿Tiene nombre, cargo y firma de quien emite la orden? | | | | |
| ¿Tiene nombre, cargo y firma de quien recibe la orden? | | | | |
| ¿Realiza el procedimiento de escuchar-escribir-leer-confirmar-transcribir-confirmar y verifica al recibir una orden verbal o telefónica? | | | | |
| ¿Tienen fecha y hora esas indicaciones? | | | | |
| ¿Cuenta con el check list de la técnicas SAER? | | | | |
| ¿El personal aplica la técnica SAER durante la transferencia de paciente cuando se refiere a otra unidad? | | | | |
| ¿El personal realiza el registro de prescripciones medicas y anotaciones en el expediente clínico del paciente, indicaciones o cualquier documento con letra legible y la puntuación y anotaciones correctas? | | | | |
| ¿El personal notifica o registra el reporte de resultados de laboratorio alterados? | | | | |
| AESP 3.- SEGURIDAD EN EL PROCESO DE MEDICACIÓN | | | | |
| ¿El establecimiento cuenta con electrolitos concentrados? | | | | |
| ¿Si cuenta con electrolitos concentrados, estos tienen un codigo de colores de identificación? | | | | |
| ¿Los medicamentos de alto riesgo se encuentran etiquetados con un circulo rojo y resguardado como de alto riesgo? | | | | |
| ¿Cuenta con un listado de medicamentos LASA? | | | | |
| ¿Se realiza la alerta visual en los medicamentos LASA? | | | | |
| ¿Las prescripciones medicas cuentan con letra clara, legible sin tachaduras o enmendaduras y contiene los datos establecidos? | | | | |
| ¿La trascripción se encuentra registrada en el expediente de enfermería sin modificaciones y en caso de duda se haya realizado verificación con el medico tratante? | | | | |
| ¿El personal que entrega el medicamento verifica las solicitudes del medicamento antes de entregarlo, corroborando la información en caso de duda, realizando verificación de los medicamentos al momento de entregarlos? | | | | |
| ¿Se realiza la administración de los medicamentos acorde a como lo marca la receta? | | | | |
| ¿Se realiza la doble verificación durante la preparación y administración de electrolitos concentrados e insulinas? | | | | |
| ¿Se realiza la notificación inmediata de los eventos centinelas, eventos adversos y cuasi fallas relacionados con la medicación? | | | | |
| ¿Cuenta con el formato de eventos adversos AESP 7-F1 "Reporte de eventos adversos"? | | | | |
| ¿Cuenta con el formato de COFEPRIS para el reporte de eventos adversos? | | | | |
| ¿Tiene la bitácora de "Eventos Supuestamente Atribuibles a Vacunacion o Inmunización"? | | | | |
| ¿Tiene el formato de "Registro de medicamentos de alto riesgo"? | | | | |

| | | | | |
|--|--|--|--|--|
| ¿Tiene el formato de "Reporte de aplicación de insulina"? | | | | |
| ¿Si aplica insulina dentro del establecimiento realiza la identificación del paciente así como la doble verificación? | | | | |
| AESP 4.- SEGURIDAD EN LOS PROCEDIMIENTOS | | | | |
| ¿El personal identifica los procedimientos, tratamientos invasivos y de alto riesgo donde se llevara a cabo el tiempo fuera? | | | | |
| ¿Se realiza el tiempo fuera en los procedimientos ya definidos? | | | | |
| ¿Si cuenta con el servicio de dental se realiza el tiempo fuera en sus procedimientos? | | | | |
| ¿Se encuentra el "tiempo fuera" registrado o documentado en los expedientes clínicos? | | | | |
| AESP 5.- REDUCCIÓN DEL RIESGO DE INFECCIONES ASOCIADAS A ATENCIÓN DE LA SALUD | | | | |
| ¿Cuenta con programa integral de higiene de manos? | | | | |
| ¿Realiza acciones de difusión de material alusivo a la higiene de manos (5 momentos para la higiene de manos) en las diferentes áreas del establecimiento donde se realicen actividades asistenciales? | | | | |
| ¿Cuenta con cartel de los 5 momentos para la Higiene de manos en los consultorios? | | | | |
| ¿Cuenta con cartel de los 5 momentos para la Higiene de manos en medicina preventiva? | | | | |
| ¿Cuenta con cartel de los 5 momentos para la Higiene de manos en el área de curaciones? | | | | |
| ¿Si tiene consultorio dental cuenta con cartel de los 5 momentos para la Higiene de Manos? | | | | |
| ¿Si tiene área de observación cuenta con el cartel de los 5 momentos para la Higiene de Manos? | | | | |
| ¿Cuenta con la unidad de vigilancia epidemiológica jurisdiccional? | | | | |
| ¿Existe una persona responsable de coordinar el programa de higiene de manos? | | | | |
| ¿Tiene abasto de agua? | | | | |
| ¿El agua que utilizan es clorada? | | | | |
| ¿El lavabo se encuentra en buen estado? | | | | |
| ¿Cuenta con sanitas? | | | | |
| ¿Cuenta con jabon liquido? | | | | |
| ¿Cuenta con gel alcoholado? | | | | |
| ¿Cuenta con una bitacora de monitorizacion de la calidad del agua? | | | | |
| ¿Cuenta con registros del abasto de insumos para el lavado de manos? | | | | |
| ¿Cuenta con seguimiento del programa integral de higiene de manos? | | | | |
| ¿Cuenta con retroalimentacion derivada del seguimiento del Programa Integral del Higiene de manos? | | | | |

| | | | | |
|---|--|--|--|--|
| ¿La unidad realiza autoevaluación del programa de higiene de manos por lo menos 1 vez al año? | | | | |
| ¿Cuenta con bitácora de esterilización? | | | | |
| ¿Cuenta con un manual de limpieza? | | | | |
| ¿Cuántos baños tiene el Establecimiento de Salud? | | | | |
| ¿Todos tienen cartel de lavado de manos? | | | | |
| AESP 6.- REDUCCIÓN DEL RIESGO DE DAÑO AL PACIENTE POR CAÍDAS | | | | |
| ¿Cuenta con un listado de situaciones donde se aplicara la escala de Crichton? | | | | |
| ¿Existen los criterios o características para definir a aquellos pacientes con mayor riesgo de caídas? | | | | |
| ¿Tiene en existencia de la escala de riesgo de Crichton? | | | | |
| ¿Realiza la evaluación y reevaluación del riesgo de caídas en casos establecidos? | | | | |
| ¿Existe el personal que tenga la función de evaluar y reevaluar el riesgo de caídas y que lleva a cabo medidas de reducción del riesgo de dichos pacientes? | | | | |
| ¿Verifico el uso correcto y funcionamiento de los barandales, descansa brazos, tanto en camillas como en las sillas de ruedas, durante la estancia del paciente en la habitación y su traslado a otras servicios? | | | | |
| ¿Verifica el correcto uso de las acciones establecidas para disminuir caídas? | | | | |
| ¿En caso que se tengan pacientes con alteraciones psicomotoras y/o alteraciones psiquiátricas se valora el riesgo de caídas? | | | | |
| ¿En caso de que tenga pacientes pediátricos se valora el riesgo de caídas? | | | | |
| AESP 7.- REGISTRO Y ANALISIS DE EVENTOS CENTINELA, EVENTOS ADVERSOS Y CUASI FALLAS. | | | | |
| ¿Cuenta con un listado de eventos centinela, eventos adversos y cuasi fallas? | | | | |
| ¿Tiene existencia de reporte de eventos adversos? | | | | |
| AESP 8.- CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE | | | | |
| ¿Cuenta con listados de realización de cuestionario de "Cultura de Seguridad del Paciente" u otra evidencia? | | | | |
| ¿El establecimiento esta contemplado dentro del programa de mejora continua de seguridad del paciente? | | | | |

