 

**DOBLE VERIFICACIÓN DE MEDICAMENTOS DE ALTO RIESGO.**

**DIRECCIÓN QUIRURGICA**

**COMITÉ DE FARMACOVIGILANCIA**

**SISTEMA DE MANEJO Y USO DE MEDICAMENTOS**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Fecha: | No. Registro: | | | Fecha de nacimiento: |
| Nombre del paciente |  | | | |
| Diagnóstico |  | | | |
| Soluciones parenterales |  | | | |
| Medicamentos de alto riesgo: | | | | |
|  | | | | |
| Para: | Inicia: | Termina: | Gotas: | |
| Reacciones adversas |  | | | |
| Nombre y firma del profesional de enfermería ó médico que ministra. |  | | | |
| Nombre y firma del profesional de enfermería que realiza la doble verificación. |  | | | |
| Nombre y firma del supervisor de enfermería del área. |  | | | |





**DOBLE VERIFICACIÓN DE MEDICAMENTOS DE ALTO RIESGO.**

**DIRECCIÓN QUIRURGICA**

**COMITÉ DE FARMACOVIGILANCIA**

**SISTEMA DE MANEJO Y USO DE MEDICAMENTOS**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Fecha: | No. Registro: | | | Fecha de nacimiento: |
| Nombre del paciente |  | | | |
| Diagnóstico |  | | | |
| Soluciones parenterales |  | | | |
| Medicamentos de alto riesgo: | | | | |
|  | | | | |
| Para: | Inicia: | Termina: | Gotas: | |
| Reacciones adversas |  | | | |
| Nombre y firma del profesional de enfermería ó médico que ministra. |  | | | |
| Nombre y firma del profesional de enfermería ó médico que realiza la doble verificación |  | | | |
| Nombre y firma del supervisor de enfermería del área. |  | | | |

 

**VERIFICACIÓN DE 10 CORRECTOS DE MEDICAMENTOS DE ALTO RIESGO**

**DIRECCIÓN QUIRURGICA**

**COMITÉ DE FARMACOVIGILANCIA**

**SISTEMA DE MANEJO Y USO DE MEDICAMENTOS**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Paciente correcto |  | Nombre y firma del profesional de enfermería que ministra el medicamento |
| Horario correcto |  |  |
| Dosis correcta |  |
| Goteo correcto |  |
| Equipo correcto |  |
| Medicamento correcto |  | Nombre y firma del profesional de enfermería que realiza la doble verificación |
| Fecha de caducidad correcta |  |  |
| Vía de administración correcta |  |
| Dilución correcta |  |
| Historia clínica correcta |  |





**VERIFICACIÓN DE 10 CORRECTOS DE MEDICAMENTOS DE ALTO RIESGO**

**DIRECCIÓN QUIRURGICA**

**COMITÉ DE FARMACOVIGILANCIA**

**SISTEMA DE MANEJO Y USO DE MEDICAMENTOS**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Paciente correcto |  | Nombre y firma del profesional de enfermería ó médico que ministra el medicamento |
| Horario correcto |  |  |
| Dosis correcta |  |
| Goteo correcto |  |
| Equipo correcto |  |
| Medicamento correcto |  | Nombre y firma del profesional de enfermería ó médico que realiza la doble verificación |
| Fecha de caducidad correcta |  |  |
| Vía de administración correcta |  |
| Dilución correcta |  |
| Historia clínica correcta |  |