

CÓDIGO:	FORM-HGONA-CCVE-SCNA-2023-046
VERSIÓN:	0.001
REVISIÓN:	06/03/2023

	FORMULAR	IO DE	SUPE	ERVISI	ÓN DE	CUMPI	LIMIEN	ITO DE	MEDI	DAS DE	AISLA	MIENT	ГО		
DATOS GE	DATOS REQUERIDOS PARA EVALUAR CUMPLIMIENTO DE MEDIDAS DE AISLAMIENTO POR PACIENTE													TE	
Mes/ año de supervisión:		Servicio		Servicio		Servicio		Servicio		Servicio		Servicio		Servicio	
Número de AC supervisados:		Diagnóstico		Diagnóstico		Diagnóstico		Diagnóstico		Diagnóstico		Diagnóstico		Diagnóstico	
Número de AG supervisados:		C I:		C I:		C I:		C I:		C I:		C I:		C I:	
Número de AA supervisados:		FIA:		FIA:		FIA:		FIA:		FIA:		FIA:		FIA:	
Total de supervisiones:		Hab Nro:		Hab Nr	o:	Hab Nro:		Hab Nro:		Hab Nro:		Hab Nro:		Hab Nro	):
PARÁMETROS OBLIGATO	ORIOS A CUMPLIR POR	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No
1. Alcohol gel al 70%															
explicación del pro 2. Jabón antimicrobia															
explicación del pro															
3. Dispensador con to															
desechables.  4. Lavamanos en bue	en estado v														
funcionamiento ad	ecuado														
<ol> <li>Tiene ficha de con desinfección de su</li> </ol>															
6. Tiene ficha de con															
desinfección de ed biomédico.	luipamiento														
7. Dispone de recipie															
acceso y rotulados eliminación de des															
8. Dispone recipiente															
rotulados para el a															
<ol> <li>Cuenta con lista de aislamientos.</li> </ol>	e cnequeo ae														
				Α	ISLAMIE	NTO DE	CONTAC	CTO (AC)						•	
a. Habitación indivi	idual o cohorte							T							
b. Batas descartab															
la habitación).	, ,														
<ul> <li>c. Guantes de mar la habitación).</li> </ul>	nejo (al ingreso de														
d. Tarjeta de aislar (en la parte fron e. Tarjeta de instru															
EPP (en la parte puerta).	posterior de la														
f. Equipos no crític paciente (ejemp termómetro, tens	lo: fonendoscopio,														
,	,				AISLAN	MIENTO E	E GOTA	S (AG)						•	
a. Habitación indivi	idual o cohorte.														
b. Mascarillas quiro entrada de la ha															
c. Tarjeta de aislar	niento por gotas														
(en la parte fron	tal de la puerta).														
AISLAMIENTO DE AIRE (AA)  a. Habitación individual con facilidad															
	idual con facilidad ntilación manual.														
b. Mascarilla N95.														<u> </u>	
	niento por aire (en														
la parte frontal d	IERO DE DIAS DE				1		l		l		<u> </u>		l		<u> </u>
	AISLAMIENTO:														
	PUNTAJE:														
RESPONSABLE I	DE SUPERVISIÓN:														
FECHA I	DE SUPERVISIÓN:														

Elaborado por: Subporoceso de Vigilancia Epidemiologica

Fuente: Manual de Bisoseguridad para Establecimientos de Salud, 2016.





CÓDIGO:	FORM-HGONA-CCVE-SCNA-2023-046
VERSIÓN:	0.001
REVISIÓN:	06/03/2023

FORMULARIO DE SUPERVISIÓN DE CUMPLIMIENTO DE MEDIDAS DE AISLAMIENTO															
DATOS GE	DATOS REQUERIDOS PARA EVALUAR CUMPLIMIENTO DE MEDIDAS DE AISLAMIENTO POR PACIENTE														
Mes/ año de supervisión:		Servicio		Servicio		Servicio		Servicio		Servicio		Servicio		Servicio	
Número de AC supervisados:		Diagnóstico		Diagnóstico		Diagnóstico		Diagnóstico		Diagnóstico		Diagnóstico		Diagnóstico	
Número de AG supervisados:		C I:		C I:		C I:		C I:		C I:		C I:		C I:	
Número de AA supervisados:		FIA:		FIA:		FIA:		FIA:		FIA:		FIA:		FIA:	
Total de supervisiones:		Hab Nro:		Hab Nro	: 🔲	Hab Nro:		Hab Nro:		Hab Nro:		Hab Nro:		Hab Nro	: 🔲
PARÁMETROS OBLIGATO CADA TIPO DE AISLAMIE	DRIOS A CUMPLIR POR NTO	Si No		Si	No	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No
Alcohol gel al 70     explicación del p	% y tarjeta de														
<ol><li>Jabón antimicrol</li></ol>	piano y tarjeta de														
explicación del p 3. Dispensador cor															
desechables.															
Lavamanos en b     funcionamiento a															
	ontrol de limpieza y														
<ol> <li>Tiene ficha de co desinfección de biomédico.</li> </ol>	ontrol de limpieza y equipamiento														
7. Dispone de recip acceso y rotulad eliminación de d	os, para la														
Dispone recipier rotulados para e lenceria.															
Cuenta con lista aislamientos.	de chequeo de														
				А	ISLAMIE	NTO DE	CONTAC	CTO (AC)	١						
a. Habitación indivi	dual o cohorte.														
<ul><li>b. Batas descartab la habitación).</li></ul>	, ,														
<ul><li>c. Guantes de man la habitación).</li></ul>	, , ,														
d. Tarjeta de aislan (en la parte front	al de la puerta).														
e. Tarjeta de instru EPP (en la parte puerta).															
	o: fonendoscopio,														
termómetro, tensiómetro).  AISLAMIENTO DE GOTAS (AG)															
a. Habitación indivi	dual o cohorte.														
b. Mascarillas quirú entrada de la ha															
c. Tarjeta de aislan (en la parte front	niento por gotas														
AISLAMIENTO DE AIRE (AA)															
a. Habitación indivi para realizar ver															
b. Mascarilla N95.															
c. Tarjeta de aislan la parte frontal d	e la puerta).														
NÚN	IERO DE DIAS DE AISLAMIENTO:														
	PUNTAJE:														
RESPONSABLE D	DE SUPERVISIÓN:														
FECHA [	DE SUPERVISIÓN:														

Elaborado por: Subporoceso de Vigilancia Epidemiologica
Fuente: Manual de Bisoseguridad para Establecimientos de Salud, 2016.

