



PROGRAMA DE

# CIRUGÍA SEGURA

DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

ANEXO 5

CUESTIONARIO SEGURIDAD  
BLOQUE QUIRÚGICO

**Nombre:**  
**Categoría laboral:**  
**Fecha:**  
**Unidad / Servicio:**

¿Qué riesgos en relación a la seguridad tiene su quirófano/ área quirúrgica? ¿De qué forma cree que pueden verse perjudicados sus pacientes?

¿De qué forma cree usted que podría evitarse o minimizarse ese daño?

Por favor, devuelva este impreso al coordinador del proyecto Cirugía Segura, supervisor o responsable del servicio quirúrgico

**¡Gracias por ayudar a mejorar la seguridad en su lugar de trabajo!**