



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!