|  |
| --- |
| **OBJETIVO:**  |
| **SEDE:** | **SERVICIO** | **FECHA** |
|  |
| **ASPECTO** | **No.** | **CRITERIO** | **CUMPLIMIENTO** | **OBSERVACIONES** |
| **C** | **NC** | **NA** |
| **DILIGENCIAMIENTO DEL FORMATO** | **1** | El personal del servicio conoce la ruta de la Guía GUI-GQA-08 |   |  |  |  |
| **2** | El personal del servicio conoce la ruta de los formatos del consentimiento informado en el mapa de procesos. |  |  |  |  |
| **3** | El personal del servicio conoce el objetivo del consentimiento Informado. |  |  |  |  |
| **4** | El personal del servicio conoce cuando diligenciar el Consentimiento Informado. |  |  |  |  |
| **5** | El personal del servicio conoce acerca de las situaciones especiales del CI (representante legal). |  |  |  |  |
| **SUBTOTAL** | **0** | **0** | **0** |  |
| **DILIGENCIAMIENTO DEL FORMATO** | **6** | El formato se ha diligenciado completamente en cuanto a: Firma del paciente y o representante legal. |  |  |  |  |
| **7** | El formato se ha diligenciado completamente en cuanto a: Registro del nombre y cargo del profesional. |  |  |  |  |
| **8** | El formato se ha diligenciado completamente en cuanto a: Datos de información clínica. |  |  |  |  |
| **9** | El formato se ha diligenciado completamente en cuanto a: Autorización (en los campos respectivos). |  |  |  |  |
| **10** | El formato se ha diligenciado completamente en cuanto a: Fecha del diligenciamiento del formato. |  |  |  |  |
| **11** | Se registra los datos de identificación del paciente. |  |  |  |  |
| **SUBTOTAL** | **0** | **0** | **0** |  |
| **INFORMACIÓN DEL PACIENTE** | **12** | El paciente tiene conocimiento acerca de: El objetivo del consentimiento informado. |  |  |  |  |
| **13** | El paciente tiene conocimiento acerca de: El derecho autorizar o No los procedimientos, actividades u otros. |  |  |  |  |
| **14** | El paciente tiene conocimiento acerca de: Los beneficios al permitir recibir los servicios. |  |  |  |  |
| **15** | El paciente tiene conocimiento acerca de Los riesgos al permitir recibir los servicios. |  |  |  |  |
| **16** | El paciente tiene conocimiento acerca de: Los riesgos a negarse a recibir los servicios. |  |  |  |  |
| **17** | El paciente tiene conocimiento acerca de: La información recibida fue clara y entendible. |  |  |  |  |
| **18** | El paciente tiene conocimiento a cerca de: El paciente pudo realizar las Preguntas sin temor |  |  |  |  |
| **19** | El paciente tiene conocimiento acerca de: Las preguntas realizadas fueron resueltas. |  |  |  |  |
| **20** | .El paciente tiene conocimiento acerca de: Firmo el CI antes de la realización del procedimiento u hospitalizacion |  |  |  |  |
|  | **SUBTOTAL** | **0** | **0** | **0** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Número de criterios |  |
| Porcentaje cumplimiento |  |

|  |
| --- |
| EVALUACION |
| OPTIMA | Mayor de 95% |
| ADECUADA | 85.1% a 95% |
| ACEPTABLE | 70.1% a 85% |
| DEFICIENTE | 55.1% A 70% |
| INACEPTABLE | Menor del 55% |

|  |  |
| --- | --- |
| NOMBRE COMPLETO AUDITOR |  |
| FIRMA AUDITOR |  |

Registre el valor a asignar para cada una de las actividades planteadas en la lista de chequeo consentimiento informado, así:

1. Cumple (aplica y lleva a cabo la actividad descrita dentro del criterio planteado de la lista de chequeo consentimiento informado).

2. No cumple. (No aplica y lleva a cabo la actividad descrita dentro del criterio planteado de la lista de chequeo consentimiento informado).