

DATA: ____/____/____

PERÍODO:

 Manhã

 Tarde

Informar :

- Taxa de ocupação: _____
- Número de Cirurgias (mapa cirúrgico) _____
- Solicitações de vaga de UTI _____

1- Existe algum problema que comprometa o atendimento do dia?

Unidade (Presente no Huddle)	Problema (Sim ou Não)	Qual problema	Responsável	Prazo
Almoxarifado				
Centro Cirúrgico / CME / Hemodinâmica				
Clínica Médica / Cirúrgica				
Pronto-Socorro / Acolhimento				
UTI				
Recepção				
NIR				
Comunicação				
SESMT				
Engenharia clínica e Manutenção				
Gerência de Enfermagem				
Farmácia				
Qualidade				
Equipe Multi (Psi,Fono e Fisio)				
Nutrição				
Higienização e Hotelaria				
SCIH				
Serviço Social				
TIC				
Segurança				
SESMT				
Direção (Adm, Técnica ou Geral)				
Direção Clínica				