

UTI A [ ] UTIB [ ] UTIC [ ]

BOX: \_\_\_\_\_

MÊS / ANO: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

EQUIPAMENTOS/MATERIAIS/IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE	1		2		3		4		5		6		7		8		9		10		11		12		13		14		15	
	M	N	M	N	M	N	M	N	M	N	M	N	M	N	M	N	M	N	M	N	M	N	M	N	M	N	M	N		
PLACA DE PRECAUÇÃO																														
IDENTIFICAÇÃO DE LEITO																														
PULSEIRA DE IDENTIFICAÇÃO																														
TERMÔMETRO																														
ESTETOSCÓPIO																														
FITA MÉTRICA																														
FLUXÔMETRO DE AR COMPRIMIDO																														
FLUXÔMETRO DE O2																														
VALVULA REGULADORA DE AR COMPRIMIDO																														
VALVULA REGULADORA DE O2																														
CABO ECG																														
CABO DE OXIMETRIA																														
MATERIAIS RESPIRATÓRIOS DATADOS																														
<b>RESPONSÁVEL COLOCAR NOME LEGÍVEL NESTE CAMPO ASSINAR E CARIMBAR NO VERSO (OBRIGATÓRIOS NOME E COREN)</b>																														
<b>OBSERVAÇÃO:</b>																														

LEGENDA:      AUSENTE ( A )      PRESENTE ( P )      MANUTENÇÃO ( M )      DEFEITO ( D )      VAGO ( V )



FORMULÁRIO – UTI

**CHECKLIST BOX UTI**

Código: F.HEC.649

Versão: 02

Revisão: 12/09/2023

M1	N1	M2	N2	M3	N3
M4	N4	M5	N5	M6	N6
M7	N7	M8	N8	M9	N9
M10	N10	M11	N11	M12	N12
M13	N13	M14	N14	M15	N15

ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL PELA CONFERÊNCIA: \_\_\_\_\_

Rua São José, 76 – Centro  
Vitória - ES, CEP 29010-430  
Telefones: (27) 3636-4700



GOVERNO DO ESTADO  
DO ESPÍRITO SANTO  
Secretaria da Saúde







FORMULÁRIO – UTI

CHECKLIST BOX UTI

Código: F.HEC.649

Versão: 02

Revisão: 12/09/2023

M16	N16	M17	N17	M18	N18
M19	N19	M20	N20	M21	N21
M22	N22	M23	N23	M24	N24
M25	N25	M26	N26	M27	N27
M28	N28	M29	N29	M30	N30
M31	N31	<b>OBSERVAÇÃO:</b>			

ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL PELA CONFERÊNCIA: \_\_\_\_\_

