

	FORMULÁRIO – Hospitalar		
	CONTROLE DE CHECAGEM DE EQUIPAMENTOS DO CARRO DE EMERGÊNCIA		
	Código: F.HABF.058	Revisão: 01	Elaboração: 16/11/2022

SETOR:	MÊS:	TURNO:
---------------	-------------	---------------

Testar o desfibrilador com a carga conforme orientação de manutenção. Obs.: Em caso de identificação de problemas em equipamentos e/ou materiais, descrever data e ações realizadas no verso do presente formulário.

A limpeza geral do carrinho de emergência deverá acontecer conforme cronograma semanal, além da conferência após cada uso. Conferência geral – todo dia 15 de cada mês – Enfermeira Diarista

DATA	HORA	DEFIBRILADOR		LARINGOSCÓPIO	CARRO DE EMERGÊNCIA	BALA DE OXIGÊNIO	Nº DO LACRE	ASSINATURA LEGÍVEL DO ENFERMEIRO
		Joules	Funcionante (SIM/ NÃO)	Funcionante (SIM/ NÃO)	Conferencia Quinzenal (SIM/NÃO)	Volume em Litros		
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								
9								
10								
11								
12								
13								
14								
15								
16								
17								
18								
19								
20								
21								
22								
23								
24								
25								
26								
27								
28								
29								
30								
31								

Caso no momento de conferência do Desfibrilador, Bala de O2 ou Laringoscópio apresentar falha ou defeito, o enfermeiro deve enviar e-mail para setor de Engenharia Clínica para reparo (habf.manutenção@saude.es.gov.br).

