



## FORMULÁRIO – HEMODINÂMICA

## CHECKLIST CONTROLE DE EPI'S DE PROTEÇÃO RADIOLÓGICA

Código: F.HEC.177

Versão: 01

Revisão: 14/10/2022

UNIDADE: HEMODINÂMICA																MÊS/ANO: _____/_____/_____															
EQUIPAMENTOS	QUANTIDADE	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		
ÓCULOS PLUMBÍFEROS	4																														
CAPOTE PLUMBÍFERO AZUL ESCURO	5																														
CAPOTE PLUMBÍFERO AZUL CLARO (NEUROINTERVENÇÃO)	4																														
PROTETOR TIREÓIDE PLUMBÍFERO (VASCULAR - VERMELHO)	2																														
PROTETOR TIREÓIDE PLUMBÍFERO (NEUROINTERVNEÇÃO AZUL)	6																														
RESPONSÁVEL																															



UNIDADE: HEMODINÂMICA																MÊS/ANO: _____ / _____																	
EQUIPAMENTOS	QUANTIDADE	16		17		18		19		20		21		22		23		24		25		26		27		28		29		30		31	
		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	M	N		
ÓCULOS PLUMBÍFEROS	4																																
CAPOTE PLUMBÍFERO AZUL ESCURO	5																																
CAPOTE PLUMBÍFERO AZUL CLARO (NEUROINTERVENÇÃO)	4																																
PROTETOR TIREÓIDE PLUMBÍFERO (VASCULAR - VERMELHO)	2																																
PROTETOR TIREÓIDE PLUMBÍFERO (NEUROINTERVNEÇÃO AZUL)	6																																
RESPONSÁVEL																																	