



HOSPITAL REGIONAL DO GAMA
Protocolo de Organização e Conferência do Carro de Emergência

TESTE DO DESFIBRILADOR e DO LARINGOSCÓPIO/ CÓDIGO DO LACRE

Mês: _____ Ano: _____

Dia	Teste diário		Código do lacre	Assinatura e Carimbo
Dia 01	DESFIBRILADOR Ok <input type="checkbox"/>	LARINGOSCÓPIO Ok <input type="checkbox"/>		
Dia 02	DESFIBRILADOR Ok <input type="checkbox"/>	LARINGOSCÓPIO Ok <input type="checkbox"/>		
Dia 03	DESFIBRILADOR Ok <input type="checkbox"/>	LARINGOSCÓPIO Ok <input type="checkbox"/>		
Dia 04	DESFIBRILADOR Ok <input type="checkbox"/>	LARINGOSCÓPIO Ok <input type="checkbox"/>		
Dia 05	DESFIBRILADOR Ok <input type="checkbox"/>	LARINGOSCÓPIO Ok <input type="checkbox"/>		
Dia 06	DESFIBRILADOR Ok <input type="checkbox"/>	LARINGOSCÓPIO Ok <input type="checkbox"/>		
Dia 07	DESFIBRILADOR Ok <input type="checkbox"/>	LARINGOSCÓPIO Ok <input type="checkbox"/>		
Dia 08	DESFIBRILADOR Ok <input type="checkbox"/>	LARINGOSCÓPIO Ok <input type="checkbox"/>		
Dia 09	DESFIBRILADOR Ok <input type="checkbox"/>	LARINGOSCÓPIO Ok <input type="checkbox"/>		
Dia 10	DESFIBRILADOR Ok <input type="checkbox"/>	LARINGOSCÓPIO Ok <input type="checkbox"/>		
Dia 11	DESFIBRILADOR Ok <input type="checkbox"/>	LARINGOSCÓPIO Ok <input type="checkbox"/>		
Dia 12	DESFIBRILADOR Ok <input type="checkbox"/>	LARINGOSCÓPIO Ok <input type="checkbox"/>		
Dia 13	DESFIBRILADOR Ok <input type="checkbox"/>	LARINGOSCÓPIO Ok <input type="checkbox"/>		
Dia 14	DESFIBRILADOR Ok <input type="checkbox"/>	LARINGOSCÓPIO Ok <input type="checkbox"/>		
Dia 15	DESFIBRILADOR Ok <input type="checkbox"/>	LARINGOSCÓPIO Ok <input type="checkbox"/>		
Dia 16	DESFIBRILADOR Ok <input type="checkbox"/>	LARINGOSCÓPIO Ok <input type="checkbox"/>		



HOSPITAL REGIONAL DO GAMA

Protocolo de Organização e Conferência do Carro de Emergência

Dia	Teste diário		Código do lacre	Assinatura e Carimbo
Dia 17	DESFIBRILADOR Ok <input type="checkbox"/>	LARINGOSCÓPIO Ok <input type="checkbox"/>		
Dia 18	DESFIBRILADOR Ok <input type="checkbox"/>	LARINGOSCÓPIO Ok <input type="checkbox"/>		
Dia 19	DESFIBRILADOR Ok <input type="checkbox"/>	LARINGOSCÓPIO Ok <input type="checkbox"/>		
Dia 20	DESFIBRILADOR Ok <input type="checkbox"/>	LARINGOSCÓPIO Ok <input type="checkbox"/>		
Dia 21	DESFIBRILADOR Ok <input type="checkbox"/>	LARINGOSCÓPIO Ok <input type="checkbox"/>		
Dia 22	DESFIBRILADOR Ok <input type="checkbox"/>	LARINGOSCÓPIO Ok <input type="checkbox"/>		
Dia 23	DESFIBRILADOR Ok <input type="checkbox"/>	LARINGOSCÓPIO Ok <input type="checkbox"/>		
Dia 24	DESFIBRILADOR Ok <input type="checkbox"/>	LARINGOSCÓPIO Ok <input type="checkbox"/>		
Dia 25	DESFIBRILADOR Ok <input type="checkbox"/>	LARINGOSCÓPIO Ok <input type="checkbox"/>		
Dia 26	DESFIBRILADOR Ok <input type="checkbox"/>	LARINGOSCÓPIO Ok <input type="checkbox"/>		
Dia 27	DESFIBRILADOR Ok <input type="checkbox"/>	LARINGOSCÓPIO Ok <input type="checkbox"/>		
Dia 28	DESFIBRILADOR Ok <input type="checkbox"/>	LARINGOSCÓPIO Ok <input type="checkbox"/>		
Dia 29	DESFIBRILADOR Ok <input type="checkbox"/>	LARINGOSCÓPIO Ok <input type="checkbox"/>		
Dia 30	DESFIBRILADOR Ok <input type="checkbox"/>	LARINGOSCÓPIO Ok <input type="checkbox"/>		
Dia 31	DESFIBRILADOR Ok <input type="checkbox"/>	LARINGOSCÓPIO Ok <input type="checkbox"/>		

Obs.: Teste do desfibrilador e do laringoscópio devem ser anexados em pasta própria para este fim.



HOSPITAL REGIONAL DO GAMA
Protocolo de Organização e Conferência do Carro de Emergência

FICHA DE AUDITORIA

Unidade de saúde/ Serviço: _____ Data: ____ / ____ / ____ Hora: _____

Responsável pela manutenção	
Localização	
Aspecto Geral	
Lacre	
Folhas de Registro	
Última Verificação	

Observações: _____

Recomendações: _____

Auditor (nome/matricula/carimbo): _____