



## 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*

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

<b>Responsável pela manutenção</b>	
<b>Localização</b>	
<b>Aspecto Geral</b>	
<b>Lacre</b>	
<b>Folhas de Registro</b>	
<b>Última Verificação</b>	

**Observações:**\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Recomendações:**\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Auditor (nome/matricula/carimbo):**\_\_\_\_\_



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

**REGISTRO DE ABERTURA DO CARRO DE EMERGÊNCIA**

Data e Hora	Nº do Lacre	Motivo	Intervenção	Observações	Assinatura/ Carimbo com COREN
___/___/___ __:__		Verificação mensal <input type="checkbox"/> Auditoria <input type="checkbox"/> Emergência <input type="checkbox"/> Outra <input type="checkbox"/>	Reposição <input type="checkbox"/> Check-list <input type="checkbox"/> Validade <input type="checkbox"/>		
___/___/___ __:__		Verificação mensal <input type="checkbox"/> Auditoria <input type="checkbox"/> Emergência <input type="checkbox"/> Outra <input type="checkbox"/>	Reposição <input type="checkbox"/> Check-list <input type="checkbox"/> Validade <input type="checkbox"/>		
___/___/___ __:__		Verificação mensal <input type="checkbox"/> Auditoria <input type="checkbox"/> Emergência <input type="checkbox"/> Outra <input type="checkbox"/>	Reposição <input type="checkbox"/> Check-list <input type="checkbox"/> Validade <input type="checkbox"/>		
___/___/___ __:__		Verificação mensal <input type="checkbox"/> Auditoria <input type="checkbox"/> Emergência <input type="checkbox"/> Outra <input type="checkbox"/>	Reposição <input type="checkbox"/> Check-list <input type="checkbox"/> Validade <input type="checkbox"/>		
___/___/___ __:__		Verificação mensal <input type="checkbox"/> Auditoria <input type="checkbox"/> Emergência <input type="checkbox"/> Outra <input type="checkbox"/>	Reposição <input type="checkbox"/> Check-list <input type="checkbox"/> Validade <input type="checkbox"/>		
___/___/___ __:__		Verificação mensal <input type="checkbox"/> Auditoria <input type="checkbox"/> Emergência <input type="checkbox"/> Outra <input type="checkbox"/>	Reposição <input type="checkbox"/> Check-list <input type="checkbox"/> Validade <input type="checkbox"/>		



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

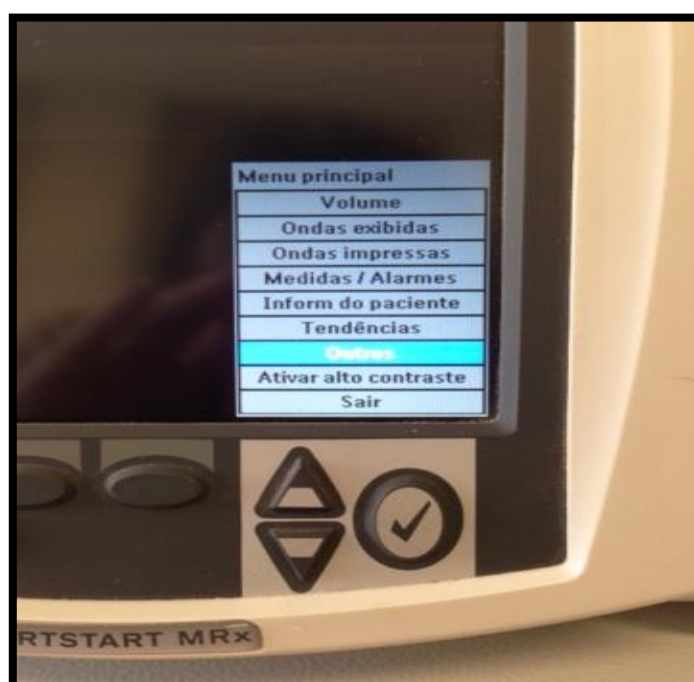
**- PASSO A PASSO “TEST LOAD”**

**“Desfibrilador PHILIPS”**

- a) Ligar o equipamento (botão 1 - verde): girar até a opção ligar monitorização. E pressionar a opção “Menu”, através do botão “confirmar”, localizado no canto inferior à direita do aparelho;



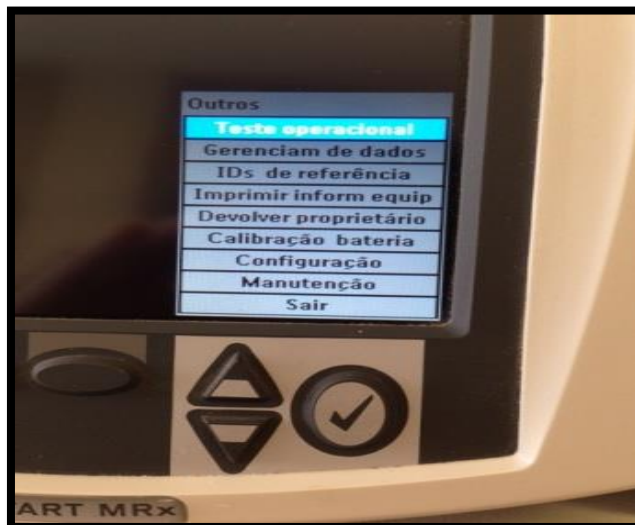
- b) Selecionar a opção “outros” e pressionar o botão “confirma”;





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

c) Selecionar a opção “teste operacional” e pressionar o botão “confirma”;



d) Selecionar a opção “Executar teste operacional” e pressionar o botão “confirma”;



e) Selecionar a opção “aceitar” e pressionar o botão “confirma”;





## HOSPITAL REGIONAL DO GAMA

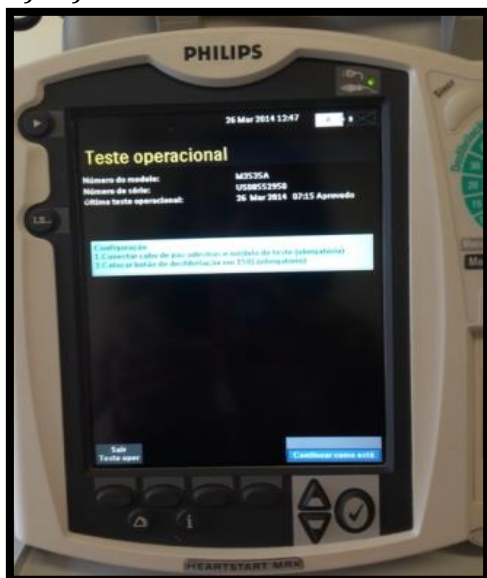
### Protocolo de Organização e Conferência do Carro de Emergência

f) Aparecerá as seguintes orientações:

- ✓ Conectar cabo de pás adesivas e módulo de teste (obrigatório).
- ✓ Colocar botão de desfibrilador em 150J (obrigatório).
- ✓ Desconectar as pás e conectar o cabo “Test Load” localizado na lateral direita do equipamento.

- Confirmar a opção “CONTINUAR COMO ESTÁ”

1) 2)

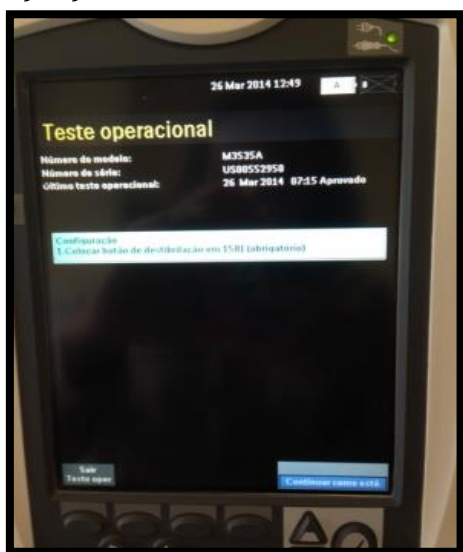


Cabo Teste

g) Após conectar o cabo de teste, aparecerá o informativo:

- Colocar botão de desfibrilação em 150J (obrigatório).

1) 2)





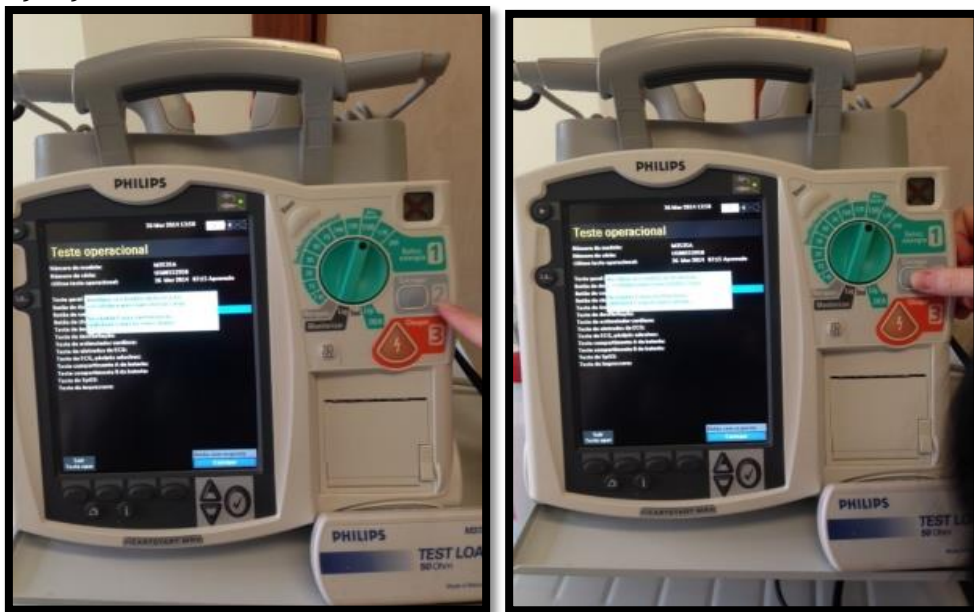


## HOSPITAL REGIONAL DO GAMA

### Protocolo de Organização e Conferência do Carro de Emergência

h) Aparecerá a opção “carregar” pressionar o botão “carregar”.

1) 2)



i) O sinalizador auditivo será realizado: “CHOQUE ADMINISTRADO”, surgirá logo após a mensagem: Você ouviu “Choque administrado”?

- Se **NÃO**, selecione a opção NÃO (uma nova opção de carga será acionada), caso não seja possível carregar o fabricante deverá ser comunicado.

- Se **SIM**, selecione a opção SIM (o teste será continuado).

j) Aguardar a conclusão do teste, logo após aparecerá a mensagem: TESTE OPERACIONAL APROVADO”;

k) Durante a conclusão do teste será impresso em papel milimetrado com os resultados.







## HOSPITAL REGIONAL DO GAMA

### *Protocolo de Organização e Conferência do Carro de Emergência*

- l) Destacar o papel do equipamento, identificar com: nome do profissional que realizou o teste, horário, carimbo e matrícula. Armazená-lo na pasta localizada na base superior do Carrinho de Emergência.



**Obs.:se caso algum item de teste apresentar o resultado “REPROVADO” comunicar imediatamente ao representante, para que realize as devidas providências.**