

CONTROLE DE EQUIPAMENTOS DA UTI ADULTO

DATA: _____ TURNO: _____ ENFERMEIRO: _____

EQUIPAMENTOS					
Equipamentos		Em funcionamento	(*)Acessórios	Observação	
Bomba de Infusão					
Ventilador Mecânico					
Balança digital					
Otoscópio					
Oftalmoscópio					
Aparelho de USG					
Marcapasso					
Glicosímetro					
01 Ventilador portátil Drager					
Maquina de Hemodialise					
Ambú					
Rádio transmissor + base					
Fluxômetros de Oxigênio					
Fluxômetros de Ar comprimido					
Aspirador portatil					
Raio X					
Guinche transporte					
Cufômetro					
CARRO DE PARADA CARDIORESPIRATÓRIA- CPCR					
Lacre	Azul	Amarelo	OBS.:		
Lacrado					
DESFIBRILADOR					
Teste funcional ()	Papel ()	(*)Acessórios ()		OBS.:	
KIT DE ENTUBAÇÃO					
Laringoscópio (cabo+lâmina) ()	Lâmina articulada ()	Mandril (guia) ()	Bougie ()	Ambú+máscara ()	KT5 ()
OBS.:					
MONITOR MULTIPARÂMETRO					
Em funcionamento ()	Com defeito ()	(*)Acessórios ()		OBS.:	
ELETROCARDIOGRAMA - ECG					
Em funcionamento ()	Com defeito ()	Papel ()		OBS.:	
TORPEDO DE OXIGÊNIO					
Cheio ()	Vazio ()	Fluxômetro ()		OBS.:	

TESTE DO DESFIBRILADOR