



CONTROLE DE MATERIAIS E EQUIPAMENTOS URGÊNCIA

Data: ____/____/____ Turno: _____ Enfermeiro: _____

EQUIPAMENTOS			
Equipamentos	Completo	Em funcionamento	Observação
01 ECG		() Sim () Não	
02 Monitores (oximetria + ECG)		() Sim () Não	
02 Ventiladores Drager + sensores de fluxo		() Sim () Não	
02 Circuitos Drager		() Sim () Não	
01 CPR			
01 Torpedo de O2		() Sim () Não	
Fluxômetros de Oxigênio		() Sim () Não	
Fluxômetros de Ar comprimido		() Sim () Não	
01 Kit de entubação adulta e infantil		Cabo De Laringoscópio () Sim () Não Lâminas de laringoscópio () Sim () Não	Lâminas e cabo de laringoscópio Infantil () Sim () Não
AMBÚ		() Sim () Não	
02 Fio Bougie		() Sim () Não	
01 kit de intubação COVID			
03 Kit sutura			
01 Máquina de Hemodialise		() Sim () Não	
Suportes de Soro			
04 BIC		() Sim () Não	
01 Torpedo de oxigênio		Cheio () Sim () Não	
01 Rádio transmissor (Dupla frequência) + Base+ carregador		() Sim () Não	
01 Glicosímetro		() Sim () Não	
Estetoscópios		() Sim () Não	
Termômetro		() Sim () Não	
01 Esfigmômetro de Pé		() Sim () Não	
01 Aspirador portátil		() Sim () Não	
01 Foco auxiliar		() Sim () Não	
TESTE DE DESFIBRILADOR			

Legenda:

OK = X

Falha = /

(*) Acessórios do:

Monitor = Cabos de ECG, oxímetro, tensiômetro.

ECG = Cabos, peras, prendedores.