



INSTITUTO WALFREDO GUEDES PEREIRA

Controle De Materiais e Equipamentos

APARTAMENTOS/ MASCULINO/ VASCULAR/ ONCOLOGIA/ QT

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

EQUIPAMENTOS			
Equipamentos	Completo	Em funcionamento	Observação
01 CPR			
Monitor com Oxímetro		() Sim () Não	
Oxímetros de dedo		() Sim () Não	
Aparelho de ECG		() Sim () Não	
Torpedo de O2		() Sim () Não	
Glicosímetro		() Sim () Não	
Fluxômetros de Oxigênio		() Sim () Não	
Fluxômetros de Ar comprimido		() Sim () Não	
BIC		() Sim () Não	
01 Rádio transmissor (Dupla frequência) + Base + carregador		() Sim () Não	
Balança digital		() Sim () Não	
Esfigmomanômetro		() Sim () Não	
Aspirador Portatil		() Sim () Não	
Estetoscópios		() Sim () Não	
Termômetro		() Sim () Não	
Gel condutor			
Nebulizador		() Sim () Não	

CARRO DE PARADA CARDIORESPIRATÓRIA - CPR				
Lacre: Azul ()		Lacre: Amarelo ()		OBS.:
DEFIBRILADOR				
Carga ()		Papel ()	Acessórios ()	OBS.:
KIT DE ENTUBAÇÃO				
Cabo de Laringoscópico ()		Lâmina de Laringoscópico ()	Mandril (guia) ()	KT5 () Barraca ()
TORPEDO DE OXIGÊNIO				
Cheio () Vazio ()		OBS.:		

Legenda:

OK = X

Falha = /

(*) Acessórios do:

Monitor = Cabos de ECG, oxímetro, tensiômetro

TESTE DE DEFIBRILADOR