HOSPITAL MUNICIPAL FRANCISCO DA SILVA TELLES

CONFERÊNCIA DIÁRIA DO CARRO DE PCR

FORM.HMFST.ASSIST.QUA.FARM.001.001

SERVIÇO DIURNO

Data:____/____/____	Número do lacre CPRC:
Cabo de Laringo: ☐ Sim ☐ Não	Ambú Completo: ☐ Sim ☐ Não
Lâminas retas adulto:	Lâminas curva adulto:
Lâminas retas pediatrico:	Lâminas curva pediatrico:
Fio Guia Adulto: ☐ Sim ☐ Não	Fio Guia Pediatrico: ☐ Sim ☐ Não

TESTE DO DESFIBRILADOR

TESTE DIÁRIO

Ocorrências no plantão:

Carimbo e assinatura do enfermeiro

HOSPITAL MUNICIPAL FRANCISCO DA SILVA TELLES

CONFERÊNCIA DIÁRIA DO CARRO DE PCR

FORM.HMFST.ASSIST.QUA.FARM.001.001

SERVIÇO NOTURNO

Data:____/____/____	Número do lacre CPRC:
Cabo de Laringo: ☐ Sim ☐ Não	Ambú Completo: ☐ Sim ☐ Não
Lâminas retas adulto:	Lâminas curva adulto:
Lâminas retas pediatrico:	Lâminas curva pediatrico:
Fio Guia Adulto: ☐ Sim ☐ Não	Fio Guia Pediatrico: ☐ Sim ☐ Não

TESTE DO DESFIBRILADOR

TESTE MANUAL

Ocorrências no plantão:

Carimbo e assinatura do enfermeiro