

	Coordenação de Enfermagem INCOR – HCFMUSP	DCR CENF 0001	
	Documento para Controle de Registros	Edição: 02	
	Conferência diária do desfibrilador e controle dos lacres do Carro de Emergência	Página: 1/4 Vigência: 07/10/2024	

Número do desfibrilador: _____

Unidade: _____ **Ala:** _____ **Mês:** _____ **Ano:** _____

“Se houver rompimento do lacre, preencher impresso anexo com data, hora, lacre antigo, lacre novo e assinar.”

Dia	Turno	Nº Lacre	Teste do Desfibrilador	Nome do Enfermeiro e COREN
01	Hora:____:____h		() Conforme () Não Conforme * *Especificar: _____	
02	Hora:____:____h		() Conforme () Não Conforme * *Especificar: _____	
03	Hora:____:____h		() Conforme () Não Conforme * *Especificar: _____	
04	Hora:____:____h		() Conforme () Não Conforme * *Especificar: _____	
05	Hora:____:____h		() Conforme () Não Conforme * *Especificar: _____	
06	Hora:____:____h		() Conforme () Não Conforme * *Especificar: _____	
07	Hora:____:____h		() Conforme () Não Conforme * *Especificar: _____	
08	Hora:____:____h		() Conforme () Não Conforme * *Especificar: _____	
09	Hora:____:____h		() Conforme () Não Conforme * *Especificar: _____	
10	Hora:____:____h		() Conforme () Não Conforme * *Especificar: _____	
11	Hora:____:____h		() Conforme () Não Conforme * *Especificar: _____	
12	Hora:____:____h		() Conforme () Não Conforme * *Especificar: _____	
13	Hora:____:____h		() Conforme () Não Conforme * *Especificar: _____	
14	Hora:____:____h		() Conforme () Não Conforme * *Especificar: _____	
15	Hora:____:____h		() Conforme () Não Conforme * *Especificar: _____	
16	Hora:____:____h		() Conforme () Não Conforme * *Especificar: _____	

	Coordenação de Enfermagem INCOR – HCFMUSP	DCR CENF 0001	
	Documento para Controle de Registros	Edição: 02	
	Conferência diária do desfibrilador e controle dos lacres do Carro de Emergência	Página: 2/4 Vigência: 07/10/2024	

“Se houver rompimento do lacre, preencher impresso anexo com data, hora, lacre antigo, lacre novo e assinar.”

Dia	Turno	Nº Lacre	Teste do Desfibrilador	Nome do Enfermeiro e COREN
17	Hora:____:____h		() Conforme () Não Conforme * *Especificar:_____	
18	Hora:____:____h		() Conforme () Não Conforme * *Especificar:_____	
19	Hora:____:____h		() Conforme () Não Conforme * *Especificar:_____	
20	Hora:____:____h		() Conforme () Não Conforme * *Especificar:_____	
21	Hora:____:____h		() Conforme () Não Conforme * *Especificar:_____	
22	Hora:____:____h		() Conforme () Não Conforme * *Especificar:_____	
23	Hora:____:____h		() Conforme () Não Conforme * *Especificar:_____	
24	Hora:____:____h		() Conforme () Não Conforme * *Especificar:_____	
25	Hora:____:____h		() Conforme () Não Conforme * *Especificar:_____	
26	Hora:____:____h		() Conforme () Não Conforme * *Especificar:_____	
27	Hora:____:____h		() Conforme () Não Conforme * *Especificar:_____	
28	Hora:____:____h		() Conforme () Não Conforme * *Especificar:_____	
29	Hora:____:____h		() Conforme () Não Conforme * *Especificar:_____	
30	Hora:____:____h		() Conforme () Não Conforme * *Especificar:_____	
31	Hora:____:____h		() Conforme () Não Conforme * *Especificar:_____	

Manter sempre o desfibrilador ligado na tomada para manter a bateria carregada

Teste:

- 1) Ligar e regular o seletor na posição teste;
- 2) Manter as pás no suporte do desfibrilador e Ativar a carga;
- 3) Disparar a carga (choque);
- 4) Preencher este impresso e arquivar o protocolo do ECG na pasta.
- 5) Teste do desfibrilador **NÃO CONFORME** especificar, comunicar a equipe de liderança de Enfermagem para acionar a Engenharia Clínica.

	Coordenação de Enfermagem INCOR – HCFMUSP	DCR CENF 0001	
	Documento para Controle de Registros	Edição: 02	
	Conferência diária do desfibrilador e controle dos lacres do Carro de Emergência	Página: 3/4	
		Vigência: 07/10/2024	

Registro de Abertura do Lacre do Carro de Emergência

“Se houver rompimento do lacre, preencher impresso abaixo”

Data e Horário	Número dos lacres	Motivo de Abertura	Situação	Identificação do Enfermeiro
____/____/____ ____:____h	Lacre anterior: _____ Lacre novo: _____	<input type="checkbox"/> Atendimento <input type="checkbox"/> Conferência <input type="checkbox"/> Outros *Especificar: _____	<input type="checkbox"/> Conforme <input type="checkbox"/> Não Conforme** **Especificar: _____	Nome: _____ Coren: _____
____/____/____ ____:____h	Lacre anterior: _____ Lacre novo: _____	<input type="checkbox"/> Atendimento <input type="checkbox"/> Conferência <input type="checkbox"/> Outros *Especificar: _____	<input type="checkbox"/> Conforme <input type="checkbox"/> Não Conforme** **Especificar: _____	Nome: _____ Coren: _____
____/____/____ ____:____h	Lacre anterior: _____ Lacre novo: _____	<input type="checkbox"/> Atendimento <input type="checkbox"/> Conferência <input type="checkbox"/> Outros *Especificar: _____	<input type="checkbox"/> Conforme <input type="checkbox"/> Não Conforme** **Especificar: _____	Nome: _____ Coren: _____
____/____/____ ____:____h	Lacre anterior: _____ Lacre novo: _____	<input type="checkbox"/> Atendimento <input type="checkbox"/> Conferência <input type="checkbox"/> Outros *Especificar: _____	<input type="checkbox"/> Conforme <input type="checkbox"/> Não Conforme** **Especificar: _____	Nome: _____ Coren: _____
____/____/____ ____:____h	Lacre anterior: _____ Lacre novo: _____	<input type="checkbox"/> Atendimento <input type="checkbox"/> Conferência <input type="checkbox"/> Outros *Especificar: _____	<input type="checkbox"/> Conforme <input type="checkbox"/> Não Conforme** **Especificar: _____	Nome: _____ Coren: _____
____/____/____ ____:____h	Lacre anterior: _____ Lacre novo: _____	<input type="checkbox"/> Atendimento <input type="checkbox"/> Conferência <input type="checkbox"/> Outros *Especificar: _____	<input type="checkbox"/> Conforme <input type="checkbox"/> Não Conforme** **Especificar: _____	Nome: _____ Coren: _____
____/____/____ ____:____h	Lacre anterior: _____ Lacre novo: _____	<input type="checkbox"/> Atendimento <input type="checkbox"/> Conferência <input type="checkbox"/> Outros *Especificar: _____	<input type="checkbox"/> Conforme <input type="checkbox"/> Não Conforme** **Especificar: _____	Nome: _____ Coren: _____
____/____/____ ____:____h	Lacre anterior: _____ Lacre novo: _____	<input type="checkbox"/> Atendimento <input type="checkbox"/> Conferência <input type="checkbox"/> Outros *Especificar: _____	<input type="checkbox"/> Conforme <input type="checkbox"/> Não Conforme** **Especificar: _____	Nome: _____ Coren: _____

	Coordenação de Enfermagem INCOR – HCFMUSP	DCR CENF 0001	
	Documento para Controle de Registros	Edição: 02	
	Conferência diária do desfibrilador e controle dos lacres do Carro de Emergência	Página: 4/4 Vigência: 07/10/2024	

Registro de Abertura do Lacre do Carro de Emergência

“Se houver rompimento do lacre, preencher impresso abaixo”

Data e Horário	Número dos lacres	Motivo de Abertura	Situação	Identificação do Enfermeiro
____/____/____ ____:____h	Lacre anterior: _____ Lacre novo: _____	<input type="checkbox"/> Atendimento <input type="checkbox"/> Conferência <input type="checkbox"/> Outros *Especificar: _____	<input type="checkbox"/> Conforme <input type="checkbox"/> Não Conforme** **Especificar: _____	Nome: _____ Coren: _____
____/____/____ ____:____h	Lacre anterior: _____ Lacre novo: _____	<input type="checkbox"/> Atendimento <input type="checkbox"/> Conferência <input type="checkbox"/> Outros *Especificar: _____	<input type="checkbox"/> Conforme <input type="checkbox"/> Não Conforme** **Especificar: _____	Nome: _____ Coren: _____
____/____/____ ____:____h	Lacre anterior: _____ Lacre novo: _____	<input type="checkbox"/> Atendimento <input type="checkbox"/> Conferência <input type="checkbox"/> Outros *Especificar: _____	<input type="checkbox"/> Conforme <input type="checkbox"/> Não Conforme** **Especificar: _____	Nome: _____ Coren: _____
____/____/____ ____:____h	Lacre anterior: _____ Lacre novo: _____	<input type="checkbox"/> Atendimento <input type="checkbox"/> Conferência <input type="checkbox"/> Outros *Especificar: _____	<input type="checkbox"/> Conforme <input type="checkbox"/> Não Conforme** **Especificar: _____	Nome: _____ Coren: _____
____/____/____ ____:____h	Lacre anterior: _____ Lacre novo: _____	<input type="checkbox"/> Atendimento <input type="checkbox"/> Conferência <input type="checkbox"/> Outros *Especificar: _____	<input type="checkbox"/> Conforme <input type="checkbox"/> Não Conforme** **Especificar: _____	Nome: _____ Coren: _____
____/____/____ ____:____h	Lacre anterior: _____ Lacre novo: _____	<input type="checkbox"/> Atendimento <input type="checkbox"/> Conferência <input type="checkbox"/> Outros *Especificar: _____	<input type="checkbox"/> Conforme <input type="checkbox"/> Não Conforme** **Especificar: _____	Nome: _____ Coren: _____
____/____/____ ____:____h	Lacre anterior: _____ Lacre novo: _____	<input type="checkbox"/> Atendimento <input type="checkbox"/> Conferência <input type="checkbox"/> Outros *Especificar: _____	<input type="checkbox"/> Conforme <input type="checkbox"/> Não Conforme** **Especificar: _____	Nome: _____ Coren: _____
____/____/____ ____:____h	Lacre anterior: _____ Lacre novo: _____	<input type="checkbox"/> Atendimento <input type="checkbox"/> Conferência <input type="checkbox"/> Outros *Especificar: _____	<input type="checkbox"/> Conforme <input type="checkbox"/> Não Conforme** **Especificar: _____	Nome: _____ Coren: _____

Edição:

1 Emissão inicial do documento em fevereiro de 2013.
 2 Revisado janeiro 2019
 3 Revisado em 07/10/2024

Elaborado por:

Vanessa Santos Sallai e Fatima Gil Ferreira
 Revisado por:
 Grupo de Urgência e Emergência da Coordenação de Enfermagem
 3 - Vanilda Xavier de Carvalho

Aprovado por:

Adriano Rogério Baldacin Rodrigues
 Diretor da Coordenação de Enfermagem