

	Coordenação de Enfermagem INCOR – HCFMUSP	DCR CENF 0010	
	Documento para Controle de Registros	Edição: 03	
	Conferência de Cilindro de Oxigênio de Transporte	Página: 1/2	
		Vigência: 03/09/2024	

Unidade / área: _____ Ala: _____ Mês/Ano: _____ / _____

DATA	PERÍODO	TORPEDO 1 MACA DE TRANSPORTE (KGF/CM²)	TORPEDO (KGF/CM²)			NOME DO ENFERMEIRO	TROCA DE CILINDRO	NOME DO RESPONSÁVEL GASOTERAPIA
			2	3	4			
01	Manhã						NÃO () SIM ()	
	Tarde						NÃO () SIM ()	
	Noite						NÃO () SIM ()	
02	Manhã						NÃO () SIM ()	
	Tarde						NÃO () SIM ()	
	Noite						NÃO () SIM ()	
03	Manhã						NÃO () SIM ()	
	Tarde						NÃO () SIM ()	
	Noite						NÃO () SIM ()	
04	Manhã						NÃO () SIM ()	
	Tarde						NÃO () SIM ()	
	Noite						NÃO () SIM ()	
05	Manhã						NÃO () SIM ()	
	Tarde						NÃO () SIM ()	
	Noite						NÃO () SIM ()	
06	Manhã						NÃO () SIM ()	
	Tarde						NÃO () SIM ()	
	Noite						NÃO () SIM ()	
07	Manhã						NÃO () SIM ()	
	Tarde						NÃO () SIM ()	
	Noite						NÃO () SIM ()	
08	Manhã						NÃO () SIM ()	
	Tarde						NÃO () SIM ()	
	Noite						NÃO () SIM ()	
09	Manhã						NÃO () SIM ()	
	Tarde						NÃO () SIM ()	
	Noite						NÃO () SIM ()	
10	Manhã						NÃO () SIM ()	
	Tarde						NÃO () SIM ()	
	Noite						NÃO () SIM ()	
11	Manhã						NÃO () SIM ()	
	Tarde						NÃO () SIM ()	
	Noite						NÃO () SIM ()	
12	Manhã						NÃO () SIM ()	
	Tarde						NÃO () SIM ()	
	Noite						NÃO () SIM ()	
13	Manhã						NÃO () SIM ()	
	Tarde						NÃO () SIM ()	
	Noite						NÃO () SIM ()	
14	Manhã						NÃO () SIM ()	
	Tarde						NÃO () SIM ()	
	Noite						NÃO () SIM ()	
15	Manhã						NÃO () SIM ()	
	Tarde						NÃO () SIM ()	
	Noite						NÃO () SIM ()	

Observação: _____

Manhã, Tarde e Serviço Noturno - conferir pressão de oxigênio (kgf/cm2), anotar valores e **solicitar troca do cilindro se pressão for menor que 50 kgf/cm2**, identificar o cilindro vazio: **Não utilizar, aguarda Troca** e comunicar a Gasoterapia bip 624 (24 horas). Aos domingos e feriados em caso de emergência ligar para o Administrador ramal 5565. **A troca do Cilindro de oxigênio é realizado pela Gasoterapia.**

LEGENDA: A (ausente); M (manutenção); E (emprestado)

(Atualização Logo HCFMUSP). Revisado por: Vanilda Xavier de Carvalho Enfermeira da Coordenação de Enfermagem	Aprovado por: Adriano Rogério Baldacin Rodrigues Diretor da Coordenação de Enfermagem
---	--

	Coordenação de Enfermagem INCOR – HCFMUSP	DCR CENF 0010	
	Documento para Controle de Registros	Edição: 03	
	Conferência de Cilindro de Oxigênio de Transporte	Página: 2/2	
		Vigência: 03/09/2024	

Unidade / área: _____ Ala: _____ Mês/Ano: _____ / _____

DATA	PERÍODO	TORPEDO 1 MACA DE TRANSPORTE (KGF/CM²)	TORPEDO (KGF/CM²)			NOME DO ENFERMEIRO	TROCA DE CILINDRO	NOME DO RESPONSÁVEL GASOTERAPIA
			2	3	4			
16	Manhã						NÃO () SIM ()	
	Tarde						NÃO () SIM ()	
	Noite						NÃO () SIM ()	
17	Manhã						NÃO () SIM ()	
	Tarde						NÃO () SIM ()	
	Noite						NÃO () SIM ()	
18	Manhã						NÃO () SIM ()	
	Tarde						NÃO () SIM ()	
	Noite						NÃO () SIM ()	
19	Manhã						NÃO () SIM ()	
	Tarde						NÃO () SIM ()	
	Noite						NÃO () SIM ()	
20	Manhã						NÃO () SIM ()	
	Tarde						NÃO () SIM ()	
	Noite						NÃO () SIM ()	
21	Manhã						NÃO () SIM ()	
	Tarde						NÃO () SIM ()	
	Noite						NÃO () SIM ()	
22	Manhã						NÃO () SIM ()	
	Tarde						NÃO () SIM ()	
	Noite						NÃO () SIM ()	
23	Manhã						NÃO () SIM ()	
	Tarde						NÃO () SIM ()	
	Noite						NÃO () SIM ()	
24	Manhã						NÃO () SIM ()	
	Tarde						NÃO () SIM ()	
	Noite						NÃO () SIM ()	
25	Manhã						NÃO () SIM ()	
	Tarde						NÃO () SIM ()	
	Noite						NÃO () SIM ()	
26	Manhã						NÃO () SIM ()	
	Tarde						NÃO () SIM ()	
	Noite						NÃO () SIM ()	
27	Manhã						NÃO () SIM ()	
	Tarde						NÃO () SIM ()	
	Noite						NÃO () SIM ()	
28	Manhã						NÃO () SIM ()	
	Tarde						NÃO () SIM ()	
	Noite						NÃO () SIM ()	
29	Manhã						NÃO () SIM ()	
	Tarde						NÃO () SIM ()	
	Noite						NÃO () SIM ()	
30	Manhã						NÃO () SIM ()	
	Tarde						NÃO () SIM ()	
	Noite						NÃO () SIM ()	
31	Manhã						NÃO () SIM ()	
	Tarde						NÃO () SIM ()	
	Noite						NÃO () SIM ()	

Observação: _____

Manhã, Tarde e Serviço Noturno - conferir pressão de oxigênio (kgf/cm2), anotar valores e **solicitar troca do cilindro se pressão for menor que 50 kgf/cm2**, identificar o cilindro vazio: **Não utilizar, aguarda Troca** e comunicar a Gasoterapia bip 624 (24 horas). Aos domingos e feriados em caso de emergência ligar para o Administrador ramal 5565. **A troca do Cilindro de oxigênio é realizado pela Gasoterapia.**

LEGENDA: A (ausente); M (manutenção); E (emprestado)

(Atualização Logo HCFMUSP). Revisado por: Vanilda Xavier de Carvalho Enfermeira da Coordenação de Enfermagem	Aprovado por: Adriano Rogério Baldacin Rodrigues Diretor da Coordenação de Enfermagem
---	--